**vznesené Pripomienky v rámci medzirezortného pripomienkového konania**

Zákon z .../2018,ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

|  |  |
| --- | --- |
| Počet vznesených pripomienok, z toho zásadných | 500 / 151 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Subjekt** | **Pripomienka** | **Typ** | **A/N** | **Vyhodnotenie** |
| **ADL** | **Bod 4 §6 ods.1** Navrhujeme nahradiť text pís. ab): “môže dohodnúť s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.....predmetom činnosti“, textom, ktorý znie: musí dohodnúť s poskytovateľom primárnej starostlivosti, ktorý má zmluvný vzťah s poistencom. Odôvodnenie:Prevenciu, diagnostiku a liečbu pacienta zabezpečujú poskytovatelia primárnej starostlivosti. Ak chce ZP zasahovať do tejto činnosti, musí sa dohodnúť so zmluvným lekárom poistenca. Návrh nedefinuje v akých zariadeniach, s akými poskytovateľmi sa môže ZP dohodnúť, čím môže dôjsť k zásahu do podnikateľského prostredia. Návrh navyše nepredkladá, akým spôsobom chce ZP tento manažment realizovať, preto odporúčame návrh prepracovať . | **Z** | **ČA** | Pôvodný návrh bol rozšíriť možnosti poradenskej činnosti ZP vo vzťahu k svojim poistencom.  Diagnostiku a liečbu (konkrétnej choroby) pacienta by mal manažovať ošetrujúci lekár, ktorý je aj za túto činnosť v zmysle poskytovania zdravotnej starostlivosti „lege artis“ zodpovedný. Celkový prehľad o všetkých vykonaných ošetreniach a vyšetreniach pacienta by mal mať v dokumentácii všeobecný lekár.  Manažment pacienta je o všetkých ochoreniach, nielen o primárnej starostlivosti. Navyše nestačí dohodnúť len s PZS, je to o širších súvislostiach, je nutné zabezpečiť manažment ochorenia ako takého naprieč viacerými odbornosťami. Primárne sa týka zapojeného POI, ošetrujúci lekár VAS je obvykle rovnako zapájaný.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa ustanovenie vypustí aj v nadväznosti na pripomienky iných subjektov. |
| **ADL** | **K Čl. I Návrhu: § 8 Zákona**  sa dopĺňa odsekom 16, ktorý znie: „(16) Zdravotná poisťovňa uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx) podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov a úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx), spôsob a pravidlá jej výpočtu ustanoví vláda nariadením.“ xx) § 25a Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Odôvodnenie: Spoločné odôvodnenie k pripomienke č. 7 a 8.: Ustanovuje sa povinnosť pre zdravotnú poisťovňu uhradiť držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby. Prenesenie financovanie lekárenskej pohotovostnej služby v plnom rozsahu na osoby súkromného práva je v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky. Žiadny právny predpis odmeňovanie výkonu lekárenských pohotovostných služieb neupravuje a to ani na rozdiel od vo vzťahu k porovnateľnej právnej úprave ambulantnej pohotovostnej služby či zubno-lekárskej pohotovostnej služby. Výkonu lekárenskej pohotovostnej služby je jedinou pohotovostnou službou v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorej výkon nie je zabezpečované ani z prostriedkov z verejného zdravotného poistenia ani z výberu poplatkov od poistencov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Nie je možné akceptovať tvrdenie, podľa ktorého odmena za výkon lekárenskej pohotovostnej služby je súčasťou obchodnej marže za vydané lieky, a to aj pri zohľadnení skutočnosti, že sa nenariaďuje výdaj liekov, ale výkon pohotovostnej služby. | **Z** | **N** | Nad rámec novely.  Nie je dôvodné zavádzanie cenovej regulácie. Lekárne sú platené cez maržu. Činnosť organizátora lekárenskej pohotovostnej služby zabezpečuje VUC. V prípade že by ZP mali paušálnu úhradu hradiť, je potrebné do zákona alebo vykonávacieho predpisu určiť spôsob úhrady a výpočet; v prípade realizácie navrhujeme možnú analógiu a prepojenie s APS aj s ohľadom na počet bodov APS. Chýba vyčíslenie finančného dopadu.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje, k vyčísleniu dopadov dôjde zo strany zástupcov po vyhodnotení činnosti pohotovostnej služby.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ADL** | **K Čl. I Návrhu: § 6 ods. 1 Zákona** sa dopĺňa písmenom ab), ktoré znie: „ab) uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx)“. Odôvodnenie: Spoločné odôvodnenie k pripomienke č. 7 a 8.: Ustanovuje sa povinnosť pre zdravotnú poisťovňu uhradiť držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby. Prenesenie financovanie | **Z** | **N** | Nad rámec  Nie je dôvodné zavádzanie cenovej regulácie. Lekárne sú platené cez maržu. Činnosť organizátora lekárenskej pohotovostnej služby zabezpečuje VUC, pričom lekárne sú platené cez maržu. V prípade že by ZP mali paušálnu úhradu hradiť, je potrebné do zákona alebo vykonávacieho predpisu určiť spôsob úhrady a výpočet; v prípade realizácie navrhujeme možnú analógiu a prepojenie s APS aj s ohľadom na počet bodov APS. Chýba vyčíslenie finančného dopadu  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje, k vyčísleniu dopadov dôjde zo strany zástupcov po vyhodnotení činnosti pohotovostnej služby.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ADL** | **doplniť § 6 o ods. 11, ktorý znie:** Zdravotnej poisťovni sa zakazuje vo vlastnom mene alebo prostredníctvom tretích osôb akýmkoľvek spôsobom ovplyvňovať osoby oprávnené predpisovať humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pri výbere humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny. Odôvodnenie: Do liečebného procesu pacienta vstupuje lekár, farmaceut a zdravotná poisťovňa, pričom zdravotná poisťovňa od roku 2011 nemá zadefinované legislatívne články, ktoré definujú tento rámec činnosti zdravotnej poisťovne. Pri výdaji lieku zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je podstatné pre zachovanie zdravia pacienta nadradiť odbornosť nad ekonomické záujmy. Navyše odporúčania zdravotnej poisťovne nevychádzajú zo základných zásad farmakoekonomiky. Výsledky farmakoekonomických analýz dokazujú, že predpisovania a vydávanie lacnejších liekov neznamená v konečnom dôsledku šetrenie verejných finančných zdrojov. Naopak, na zabezpečenie efektivity a účinnosti liečby pri zachovaní kvality života pacienta je liečba lacnejšími produktmi finančne nákladnejšia. Krátkodobé ušetrenie je z dlhodobého hľadiska pre všetky zúčastnené strany nevýhodné. Výber a výdaj humánneho lieku má byť v rukách odborníkov. | **Z** | **N** | Nad rámec zákona, je potrebné riešiť v inom zákone – v zákone č. 362/2011 Z. z., zdravotná poisťovňa hlavne z dôvodu umožňovania uzatvárania dohôd z výrobcami by nemala byť obmedzovaná.  ZP v súlade s platnou legislatívou robí všetky kroky s cieľom zabezpečiť efektívne a transparentné vynakladanie prostriedkov zdravotného poistenia bez toho, aby to malo akýkoľvek negatívny dopad na zdravie poistencov a účinky liečby. ZP nevstupujú do odborných kompetencií lekárov a farmaceutov. Tvrdenie, že odporúčania ZP nevychádzajú zo zásad farmakoekonomiky nie je ničím podložené. Odbornosť a farmakoekonomika musia byť nie v postavení nadradenosti a podriadenosti ale v rovnováhe, s ohľadom na obmedzené zdroje verejného zdravotného poistenia.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka neakceptuje, MZSR toto berie ako podnet na prípadnú ďalšiu novelizáciu, avšak po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami. |
| **ADL** | **doplniť § 6 o ods. 10, ktorý znie:** Zdravotnej poisťovni sa zakazuje vo vlastnom mene alebo prostredníctvom tretích osôb akýmkoľvek spôsobom ovplyvňovať pacienta pri výbere humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny. Odôvodnenie Do liečebného procesu pacienta vstupuje lekár, farmaceut a zdravotná poisťovňa, pričom zdravotná poisťovňa od roku 2011 nemá zadefinované legislatívne články, ktoré definujú tento rámec činnosti zdravotnej poisťovne. Pri výdaji lieku zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je podstatné pre zachovanie zdravia pacienta nadradiť odbornosť nad ekonomické záujmy. Navyše odporúčania zdravotnej poisťovne nevychádzajú zo základných zásad farmakoekonomiky. Výsledky farmakoekonomických analýz dokazujú, že predpisovania a vydávanie lacnejších liekov neznamená v konečnom dôsledku šetrenie verejných finančných zdrojov. Naopak, na zabezpečenie efektivity a účinnosti liečby pri zachovaní kvality života pacienta je liečba lacnejšími produktmi finančne nákladnejšia. Krátkodobé ušetrenie je z dlhodobého hľadiska pre všetky zúčastnené strany nevýhodné. Výber a výdaj humánneho lieku má byť v rukách odborníkov. | **Z** | **N** | Nad rámec zákona, je potrebné riešiť v inom zákone – v zákone č. 362/2011 Z. z.  ZP neovplyvňuje pacienta pri výbere, pacient má vždy právo na slobodný výber poskytovateľa lekárenskej starostlivosti ako aj liekov a zdravotníckych pomôcok hradených alebo nehradených v verejného zdravotného poistenia, zdravotná poisťovňa má právo v súlade s legislatívou vykonávať poradenskú činnosť pre poistenca.  Zákaz by negatívne ovplyvnil/ sťažil efektivitu, účelnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov VZP.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka neakceptuje, MZSR toto berie ako podnet na prípadnú ďalšiu novelizáciu, avšak po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami. |
| **ADL** | **doplniť § 6 o ods. 13** Zdravotnej poisťovni sa zakazuje vo vlastnom mene alebo prostredníctvom tretích osôb akýmkoľvek spôsobom upozorňovať poistencov na akékoľvek aktivity a akcie verejných lekární a výdajni zdravotníckych pomôcok. Odôvodnenie: V súčasnosti sa množia SMS, ktoré ZP posielajú svojim poistencom a ktoré upozorňujú na akcie vo vybranej sieti lekární. Mobilnú aplikáciu VšZP si môžu poistenci aktivovať len vo vybranej sieti lekární. Všetci poskytovatelia lekárenskej starostlivosti musia mať zabezpečené rovnaké podmienky pre výkon povolania. Preferencia niektorých verejných lekární zo strany zdravotnej poisťovne je hrubý a neakceptovateľný zásah do podnikateľského prostredia a negatívne ovplyvňuje slobodný výber pacienta. | **Z** | **N** | Nad rámec zákona, je potrebné riešiť v inom zákone – v zákone č. 362/2011 Z. z.  Tvrdenie, že mobilnú aplikáciu VšZP si môžu poistenci aktivovať len vo vybranej sieti lekární sa nezakladá na pravde. Do aktivácie sa môže zapojiť ktorákoľvek lekáreň, ktorá prejaví záujem a pristúpi na podmienky, za ktorých sa aktivácia vykonáva. Aktivácia mobilnej aplikácie VšZP nemá vplyv na výber poskytovateľa lekárenskej starostlivosti  Zákaz by negatívne ovplyvnil/ sťažil efektivitu, účelnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov VZP.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka neakceptuje, MZSR toto berie ako podnet na prípadnú ďalšiu novelizáciu, avšak po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami. |
| **ADL** | **doplniť § 6 o ods. 12, ktorý znie** Zdravotnej poisťovni sa zakazuje vo vlastnom mene alebo prostredníctvom tretích osôb akýmkoľvek spôsobom určovať, v ktorej verejnej lekárni a výdajni zdravotníckych pomôcok si má poistenec humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu vybrať. Odôvodnenie: Všetci poskytovatelia lekárenskej starostlivosti musia mať zabezpečené rovnaké podmienky pre výkon povolania. Preferencia niektorých verejných lekární zo strany zdravotnej poisťovne je hrubý a neakceptovateľný zásah do podnikateľského prostredia a negatívne ovplyvňuje slobodný výber pacienta. | **Z** | **N** | Nad rámec zákona, je potrebné riešiť v inom zákone – v zákone č. 362/2011 Z. z.  ZP majú v rámci poradenskej činnosti právo upozorniť na zmeny v platnej legislatívne (napr. kategorizácie liekov, úprava ceny v kategorizačnom zozname), čo v žiadnom prípade nie je možné považovať za zásah do podnikateľského prostredia.  Zákaz by negatívne ovplyvnil/ sťažil efektivitu, účelnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov VZP.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka neakceptuje, MZSR toto berie ako podnet na prípadnú ďalšiu novelizáciu, avšak po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami. |
| **ADL** | **Bod 11 §9 ods.13** Znenie textu navrhujeme vynechať. Odôvodnenie:Návrh nepredkladá, akým spôsobom bude ZP na diaľku komunikovať. Nie je reálne poskytovať vstupné dáta do elektronických systémov pracovníkom ZP. | **Z** | **A** | Podľa návrhu UOOU by mohlo byť toto znenie:  „Zdravotná poisťovňa v rámci kontrolnej činnosti na diaľku, ak je to na jej výkon nevyhnutné, smie v nevyhnutnom rozsahu spracúvať osobné údaje poistencov, na ktorých poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykázali poskytnutú zdravotnú starostlivosť na úhradu.“.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje a ustanovenie sa vypustí z dôvodu nadbytočnosti nakoľko tok osobných údajov je zrejmý a vyplýva z oprávnenia ZP vykonávať kontrolnú činnosť. |
| **ANS** | **§ 18 ods. 1 písm. r) 3. bod zákona č. 581/2004 Z. z. navrhujeme upraviť znenie nasledovne:** „Úrad uhrádza (ÚDZS) 3. prehliadajúcemu lekárovi poskytovateľa prevádzkujúceho zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľovi prevádzkujúcemu zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti úhradu za vykonanú prehliadku mŕtveho tela, ak sa prehliadka mŕtveho tela vykonala v tomto zdravotníckom zariadení.“ Odôvodnenie: Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú zabezpečovať prehliadky mŕtvych tiel v ich zdravotníckych zariadeniach, to znamená organizačne zabezpečiť vykonanie prehliadky mŕtveho tela prehliadajúcim lekárom. Úhradu za vykonanie prehliadok mŕtvych tiel v zdravotníckom zariadení úrad uhrádza priamo prehliadajúcim lekárom. Navrhujeme doplniť možnosť úhrady za prehliadky mŕtvych tiel v zdravotníckych zariadeniach aj poskytovateľovi prevádzkujúceho ústavné zdravotnícke zariadenie, vzhľadom na ich zodpovednosť spojenú s organizáciou prehliadok mŕtvych. | **Z** | **ČA** | Súčasné znenie:  3. prehliadajúcemu lekárovi poskytovateľa prevádzkujúceho zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti úhradu za vykonanú prehliadku mŕtveho tela, ak sa prehliadka mŕtveho tela vykonala v tomto zdravotníckom zariadení,  Na rokovaní dňa 10.8.2018 vzniesli procedurálnu námietku k celému návrhu zákona a k skrátenému konaniu. Následne sa ohradili voči tomu, aby sa metodickým usmernením ÚDZS – určilo, že APS má pri prehliadkach mŕtvych tiel – 12 eur vrátane DPH. Je rozdiel, ak ide o pracovno-právny vzťah a ak ide o samostatnú zárobkovú činnosť. V tejto platbe nie sú vyjadrené náklady zamestnávateľa - požadujú aby bolo uvedené, či 12 eur je celková cena práce, a či sú tam aj príplatky za prácu v noci, cez sviatok alebo cez víkendy.  MZSR neurčilo 12 eur za prehliadku mŕtvych tiel, túto sumu určil ÚDZS v rámci svojich rozpočtových možností. Lekárovi v pracovno-právnom vzťahu s nemocnicou je uhrádzaná mzda v rámci pracovného pomeru a prehliadku mŕtveho tela má mať platenú ÚDZS navyše 12 eurami za prehliadku a táto suma je konečná. To, či to lekár vykonáva vo sviatok, má mať zohľadnené zamestnávateľom.  Pripomienka bola akceptovaná. |
| **ANS** | **Čl. I body 48, 49, 53** Ponechať možnosť prerokovania písomných námietok v doterajšom rozsahu. Odôvodnenie: Ako vyplýva aj z dôvodovej správy, účelom navrhovaných zmien je dosiahnuť stav, aby dohliadaný poskytovateľ stratil možnosť odborne argumentovať a rozporovať závery úradu o zamietnutí námietok. Takáto zmena ešte viac zníži možnosť poskytovateľa brániť sa voči negatívnym záverom úradu. Poskytovatelia by naopak privítali možnosť vyššej miery odbornej polemiky pri prerokovaní námietok, a to aj za aktívnej účasti konzultanta úradu. | **Z** | **A** | Formulácia „prerokovanie námietok k protokolu“ nevystihuje podstatu stretnutia so zástupcom dohliadaného subjektu. Význam slova prerokovanie je výmena názorov, dialóg, diskusiou dôkladne [osvetliť](http://slovnik.azet.sk/pravopis/slovnik-sj/?q=osvetliť) napr. sporné otázky. Osobná prítomnosť odborného konzultanta nie je reálne možná. Zúčastniť sa preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok k protokolu by malo byť právom dohliadaného subjektu a nie jeho povinnosťou, dohliadaný subjekt nie vždy považuje za potrebné zúčastniť sa tohto preverenia. Preto nesúhlasíme s odôvodením tejto pripomienky, že účelom tejto zmeny, je aby dohliadaný poskytovateľ stratil možnosť odborne argumentovať a rozporovať závery úradu o zamietnutí námietok. Zároveň sa nezníži možnosť poskytovateľa brániť sa voči negatívnym záverom úradu.  Podľa názoru navrhovateľa pripomienky nemocnice sú konfrontované s činnosťou ÚDZS a akcentujú na vyššiu erudíciu ich znalcov. Ide o otázku ústavno-právnej roviny, kedy sa modifikuje právo,  zástupcovia, ktorí vykonávajú dohľad – konajú podľa vlastného uváženia, keď tam nie je ten konzultant (pričom ÚDZS vždy neberie názor konzultanta, ak je odlišný).  Hrozí, že sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti budú súdiť s ÚDZS za ich rozhodovanie, ktoré je podkladom rozhodovania súdu.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje a ustanovenia sa vypustia z návrhu zákona a ponechá sa súčasný stav. |
| **ANS** | **Čl. III bod 1.**  Slová „30.apríla“ nahradiť slovami „30.júna“ Odôvodnenie: Mnoho poskytovateľov zdravotnej starostlivosti využíva možnosť odloženia daňového priznania tak, že toto podávajú k 30.júnu. Súčasťou daňového priznania je účtovná závierka. Až po kompletizácii účtovnej závierky je poskytovateľ schopný poskytnúť plnohodnotnú informáciu o nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia. Pred definitívnym sfinalizovaním účtovnej závierky môže tieto informácie podávať iba dohadným spôsobom.  zb) zasielať v elektronickej forme centru pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín,55c) ak ide o poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, údaje o  1. poskytnutej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia osobe podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín (§ 79 ods. 10) kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov (§ 79 ods. 12) do 31. marca kalendárneho roka za predchádzajúci kalendárny rok a jej rodné číslo; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo,  2. poskytnutej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia osobe podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb55ca) kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov (§ 79 ods. 12) do 31. marca kalendárneho roka za predchádzajúci kalendárny rok a jej rodné číslo; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo,  3. nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia do 30. apríla kalendárneho roka za predchádzajúci kalendárny rok, | **O** | **N** | Navrhnutá úprava neúmerne skráti dobu na spracovanie dodaných údajov pre CKS. Údaje sú zasielané poskytovateľmi chybné, neúplne. Nebol by žiadny časový priestor na dožiadanie opráv a opakované spracovanie. |
| **ANS** | **Čl. I bod 9** V § 6aa ods. 4 nahradiť slová „do jedného mesiaca“ slovami „do troch mesiacov“ Odôvodnenie: Navrhovaná doba 1 mesiac je neprimerane krátka. Podľa navrhovaného textu „Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný všetky návrhy vyhotovené v kalendárnom mesiaci zaslať príslušnej zdravotnej poisťovni poistenca vždy do 10. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca“ bude musieť poskytovateľ nahlásiť aj poistenca, ktorý napr. príde 1.januára a poskytovateľ ho vie naplánovať na 11.feburára. Splnením povinnosti podľa citovanej vety poskytovateľ nahlási poistenca, ktorému už nasledujúci deň bude poskytnutá zdravotná starostlivosť. | **Z** | **ČA** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka čiastočne akceptuje a ustanovenie sa upraví na 2 mesiace.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **ANS** | **Čl. I bod 9** V § 6aa vypustiť ods. č. 12. Odôvodnenie: Zbytočná administratívna záťaž pre poskytovateľa, pričom sa jedná o duplicitu údajov uverejňovaných zdravotnou poisťovňou v zmysle znenia § 6aa ods. 9. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  V prípade, ak by PZS nemali povinnosť viesť zoznam a sumár za všetky ZP, zoznam ako taký by nemal výpovednú hodnotu pre poistenca. Sumár zverejňovaný PZS zabezpečí objektivitu zaraďovania a poskytne relevantnú informáciu o poradí poistenca.  Máme za to, že v prvom rade je to zoznam („reklama“ kapacít) PZS a nie ZP. ZP len má podľa zoznamu vytvoriť rezervu a za poskytnutú plánovanú zaplatiť. Primárne by zoznam mal zverejniť PZS, ZP môže dať doplňujúcu informáciu POI, o tom, že niekde čaká do jeho elektronickej pobočky.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje a ustanovenie sa vypustí.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **ANS** | **Čl. I bod 9** V celom znení § 6aa slová „ kód plánovaného zdravotného výkonu “ nahradiť slovami „typ plánovaného zdravotného výkonu“ Odôvodnenie: Podľa pravidiel DRG získa poskytovateľ kód plánovaného zdravotného výkonu až po ukončení hospitalizačného prípadu. Pre účely zoznamu je zbytočnou záťažou pre poskytovateľov pokúšať sa vopred určovať DRG skupinu a hľadať konkrétny kód výkonu, keď konečný výsledok môže byť úplne iný. | **O** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú.  Na základe typu plánovaného zdravotného výkonu nie je možné zaradiť do konkrétnej DRG skupiny  Kód výkonu je špecifický pre konkrétny výkon, ktorý môže byť počas hospitalizácie na základe aktuálneho zdravotného stavu pacienta iný/zmenený, poprípade doplnený. Typ kódu je kód označujúci skupinu výkonov (napr. funkčné testy tráviaceho systému).  V zákone ponechaný iba pojem „plánovaná zdravotná starostlivosť“; vykonávací predpis ustanoví zdravotný výkon alebo chorobu, pre ktoré sa bude tvoriť zoznam. |
| **ANS** | **Čl. I bod 9** V celom znení § 6aa vypustiť slová „ kód diagnosticko-terapeutickej skupiny “ Odôvodnenie: Podľa pravidiel DRG získa poskytovateľ kód diagnosticko-terapeutickej skupiny až po ukončení hospitalizačného prípadu. Pre účely zoznamu je zbytočnou záťažou pre poskytovateľov pokúšať sa vopred určovať DRG skupinu a hľadať konkrétny kód výkonu, keď konečný výsledok môže byť úplne iný. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **ANS** | **Čl. I bod 23** V znení § 18 ods. 1 písm. b) vypustiť slová „nad neposkytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti“ Odôvodnenie: Takáto zákonná možnosť by mohla vyvolať množstvo šikanóznych dohľadov voči poskytovateľom. A navyše o niečom, čo sa nestalo (t.j. o starostlivosti ktorá nebola poskytnutá), nebude pravdepodobne existovať žiaden dôkaz.  súčasné znenie:  b) vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti tým, že dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti, 40) a za podmienok ustanovených týmto zákonom (§ 50 ods. 2, 3 a 10)  1. ukladá sankcie,  2. podáva návrhy na uloženie sankcie,  3. ukladá opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo ukladá povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov, | **O** | **ČA** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Dohľad možno vykonať nad niečím čo sa udialo. Avšak neposkytnutie zdravotnej starostlivosti „lege artis“, ktorá zodpovedá zdravotnému stavu pacienta je porušenie zákonnej povinnosti zdravotníckeho pracovníka, alebo poskytovateľa v každom prípade, nie len v rámci neodkladnej zdravotnej starostlivosti.  Úrad by mal mať právomoc/povinnosť kontrolovať celý kontext poskytovania zdravotnej starostlivosti t.j. nielen vtedy, ak sa poskytla (ako sa poskytla), lebo aj neposkytnutie či odmietnutie je de facto rozhodujúce pre konečný výsledok (život a zdravie pacienta). Naviac, ustanovizne vydávajúce povolenia nemajú ľudskú ani odbornú kapacitu aby práve takéto prípady riešili a úrad má všetky predpoklady na splnenie tejto úlohy. |
| **ANS** | **Čl. I bod 43** V znení § 43 ods. 5 vypustiť slová „alebo inej osoby, ktorá tvrdí, že došlo k porušeniu zákona pri výkone verejného zdravotného poistenia alebo pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti“ Odôvodnenie: Takáto zákonná možnosť by mohla vyvolať množstvo šikanóznych dohľadov od osôb, ktoré bez nutnosti preukázania akéhokoľvek relevantného záujmu a dôvodu môžu iniciovať dohľad. Navyše „iná osoba“ môže byť osobou, ktorá nemá zákonnú možnosť nahliadať do zdravotnej dokumentácie pacienta, u ktorého bude iniciovať dohľad z dôvodu nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Avšak úrad, ktorý po ukončení dohľadu musí osobu podávajúcu podnet písomne vyrozumieť o výsledku, poskytne tejto osobe množstvo údajov o zdravotnom stave pacienta, t.j. údajov, ktorých poskytnutie bude predstavovať zásah do osobnostných práv pacienta. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Úrad v rámci zákonných kompetencií  vyhodnocuje podania podľa závažnosti, bez ohľadu na osobu podávateľa a nariaďuje vykonanie dohľadu. (vlastná iniciatíva úradu). |
| **ANS** | **Čl. I bod 11**  Vypustiť celé navrhované znenie § 9 ods. 12 a 13. Odôvodnenie: DRG je aktuálne vykazovací a nie úhradový mechanizmus. Zdravotné poisťovne majú s poskytovateľmi dohodnutý druh celkovej paušálnej platby, pričom mesačný objem je dohodnutý bez ohľadu na množstvo vykázanej zdravotnej starostlivosti. Navrhované znenie predpokladá vznik situácie, ktorá v súčasnosti nemôže nastať, nakoľko poisťovne neuhrádza jednotlivé hospitlaizačné prípady, ale uhrádza dohodnutý celkový mesačný objem. Navyše v súčasnosti nemožno hovoriť o právnej istote vo veci stanovenia pravidiel DRG, nakoľko pravidlá uvedené vo Vestníku MZ SR z 2015 sú obsoletné a pravidlá vydávané zo strany UDZS nemožno považovať za všeobecne záväznú právnu normu. | **Z** | **A** |  |
| **AZZZ SR** | **Bod 11 §9 ods.13**  Bod 11 §9 ods.13 Znenie textu navrhujeme vynechať odôvodnenie: Návrh nepredkladá, akým spôsobom bude ZP na diaľku komunikovať. Nie je reálne poskytovať vstupné dáta do elektronických systémov pracovníkom ZP. | **Z** | **A** |  |
| **AZZZ SR** | **K Čl. I Návrhu: § 6 ods. 1 Zákona** K Čl. I Návrhu: § 6 ods. 1 Zákona sa dopĺňa písmenom ab), ktoré znie: „ab) uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx)“ Odôvodnenie: Ustanovuje sa povinnosť pre zdravotnú poisťovňu uhradiť držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby. Prenesenie financovanie lekárenskej pohotovostnej služby v plnom rozsahu na osoby súkromného práva je v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky. Žiadny právny predpis odmeňovanie výkonu lekárenských pohotovostných služieb neupravuje a to ani na rozdiel od vo vzťahu k porovnateľnej právnej úprave ambulantnej pohotovostnej služby či zubno-lekárskej pohotovostnej služby. Výkonu lekárenskej pohotovostnej služby je jedinou pohotovostnou službou v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorej výkon nie je zabezpečované ani z prostriedkov z verejného zdravotného poistenia ani z výberu poplatkov od poistencov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Nie je možné akceptovať tvrdenie, podľa ktorého odmena za výkon lekárenskej pohotovostnej služby je súčasťou obchodnej marže za vydané lieky, a to aj pri zohľadnení skutočnosti, že sa nenariaďuje výdaj liekov, ale výkon pohotovostnej služby. | **Z** | **N** | Nad rámec  Nie je dôvodné zavádzanie cenovej regulácie. Lekárne sú platené cez maržu. Činnosť organizátora lekárenskej pohotovostnej služby zabezpečuje VUC, pričom lekárne sú platené cez maržu. V prípade že by ZP mali paušálnu úhradu hradiť, je potrebné do zákona alebo vykonávacieho predpisu určiť spôsob úhrady a výpočet; v prípade realizácie navrhujeme možnú analógiu a prepojenie s APS aj s ohľadom na počet bodov APS. Chýba vyčíslenie finančného dopadu  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje, k vyčísleniu dopadov dôjde zo strany zástupcov po vyhodnotení činnosti pohotovostnej služby.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **AZZZ SR** | **K Čl. I Návrhu: § 8 Zákona** K Čl. I Návrhu: § 8 Zákona sa dopĺňa odsekom 16, ktorý znie: „(16) Zdravotná poisťovňa uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx) podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov a úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx), spôsob a pravidlá jej výpočtu ustanoví vláda nariadením.“ xx) § 25a Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov odôvodnenie: Ustanovuje sa povinnosť pre zdravotnú poisťovňu uhradiť držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby. Prenesenie financovanie lekárenskej pohotovostnej služby v plnom rozsahu na osoby súkromného práva je v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky. Žiadny právny predpis odmeňovanie výkonu lekárenských pohotovostných služieb neupravuje a to ani na rozdiel od vo vzťahu k porovnateľnej právnej úprave ambulantnej pohotovostnej služby či zubno-lekárskej pohotovostnej služby. Výkonu lekárenskej pohotovostnej služby je jedinou pohotovostnou službou v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorej výkon nie je zabezpečované ani z prostriedkov z verejného zdravotného poistenia ani z výberu poplatkov od poistencov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Nie je možné akceptovať tvrdenie, podľa ktorého odmena za výkon lekárenskej pohotovostnej služby je súčasťou obchodnej marže za vydané lieky, a to aj pri zohľadnení skutočnosti, že sa nenariaďuje výdaj liekov, ale výkon pohotovostnej služby. | **Z** | **N** | Nad rámec  Nie je dôvodné zavádzanie cenovej regulácie. Lekárne sú platené cez maržu. Činnosť organizátora lekárenskej pohotovostnej služby zabezpečuje VUC, pričom lekárne sú platené cez maržu. V prípade že by ZP mali paušálnu úhradu hradiť, je potrebné do zákona alebo vykonávacieho predpisu určiť spôsob úhrady a výpočet; v prípade realizácie navrhujeme možnú analógiu a prepojenie s APS aj s ohľadom na počet bodov APS. Chýba vyčíslenie finančného dopadu  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje, k vyčísleniu dopadov dôjde zo strany zástupcov po vyhodnotení činnosti pohotovostnej služby.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **~~AZZZ SR~~** | **~~K Čl. I Návrhu: § 8 Zákona~~** ~~K Čl. I Návrhu: § 8 Zákona sa dopĺňa odsekom 16, ktorý znie: „(16) Zdravotná poisťovňa uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx) podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov a úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx), spôsob a pravidlá jej výpočtu ustanoví vláda nariadením.“ xx) § 25a Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov Odôvodnenie: Ustanovuje sa povinnosť pre zdravotnú poisťovňu uhradiť držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby. Prenesenie financovanie lekárenskej pohotovostnej služby v plnom rozsahu na osoby súkromného práva je v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky. Žiadny právny predpis odmeňovanie výkonu lekárenských pohotovostných služieb neupravuje a to ani na rozdiel od vo vzťahu k porovnateľnej právnej úprave ambulantnej pohotovostnej služby či zubno-lekárskej pohotovostnej služby. Výkonu lekárenskej pohotovostnej služby je jedinou pohotovostnou službou v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorej výkon nie je zabezpečované ani z prostriedkov z verejného zdravotného poistenia ani z výberu poplatkov od poistencov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Nie je možné akceptovať tvrdenie, podľa ktorého odmena za výkon lekárenskej pohotovostnej služby je súčasťou obchodnej marže za vydané lieky, a to aj pri zohľadnení skutočnosti, že sa nenariaďuje výdaj liekov, ale výkon pohotovostnej služby.~~ | **~~Z~~** | **~~N~~** | Nad rámec  Nie je dôvodné zavádzanie cenovej regulácie. Lekárne sú platené cez maržu. Činnosť organizátora lekárenskej pohotovostnej služby zabezpečuje VUC, pričom lekárne sú platené cez maržu. V prípade že by ZP mali paušálnu úhradu hradiť, je potrebné do zákona alebo vykonávacieho predpisu určiť spôsob úhrady a výpočet; v prípade realizácie navrhujeme možnú analógiu a prepojenie s APS aj s ohľadom na počet bodov APS. Chýba vyčíslenie finančného dopadu.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje, k vyčísleniu dopadov dôjde zo strany zástupcov po vyhodnotení činnosti pohotovostnej služby.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **AZZZ SR** | **Bod 4, §6 ods.1** Navrhujeme nahradiť text pís. ab): “môže dohodnúť s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.....predmetom činnosti“, textom, ktorý znie: musí dohodnúť s poskytovateľom primárnej starostlivosti, ktorý má zmluvný vzťah s poistencom. Odôvodnenie: Prevenciu, diagnostiku a liečbu pacienta zabezpečujú poskytovatelia primárnej starostlivosti. Ak chce ZP zasahovať do tejto činnosti, musí sa dohodnúť so zmluvným lekárom poistenca. Návrh nedefinuje v akých zariadeniach, s akými poskytovateľmi sa môže ZP dohodnúť, čím môže dôjsť k zásahu do podnikateľského prostredia. Návrh navyše nepredkladá, akým spôsobom chce ZP tento manažment realizovať, preto odporúčame návrh prepracovať . | **Z** | **ČA** | Pôvodný návrh bol rozšíriť možnosti poradenskej činnosti ZP vo vzťahu k svojim poistencom.  Diagnostiku a liečbu (konkrétnej choroby) pacienta by mal manažovať ošetrujúci lekár, ktorý je aj za túto činnosť v zmysle poskytovania zdravotnej starostlivosti „lege artis“ zodpovedný. Celkový prehľad o všetkých vykonaných ošetreniach a vyšetreniach pacienta by mal mať v dokumentácii všeobecný lekár.  Manažment pacienta je o všetkých ochoreniach, nielen o primárnej starostlivosti. Navyše nestačí dohodnúť len s PZS, je to o širších súvislostiach, je nutné zabezpečiť manažment ochorenia ako takého naprieč viacerými odbornosťami. Primárne sa týka zapojeného POI, ošetrujúci lekár VAS je obvykle rovnako zapájaný.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa ustanovenie vypustí aj v nadväznosti na pripomienky iných subjektov. |
| **AZZZ SR** | **§ 18 ods. 1** Navrhujeme upraviť znenie § 18 ods. 1 písm. r) 3. bod zákona č. 581/2004 Z. z. nasledovne: „Úrad uhrádza (ÚDZS) 3. prehliadajúcemu lekárovi poskytovateľa prevádzkujúceho zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľovi prevádzkujúcemu zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti úhradu za vykonanú prehliadku mŕtveho tela, ak sa prehliadka mŕtveho tela vykonala v tomto zdravotníckom zariadení.“ Odôvodnenie: Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú zabezpečovať prehliadky mŕtvych tiel v ich zdravotníckych zariadeniach, to znamená organizačne zabezpečiť vykonanie prehliadky mŕtveho tela prehliadajúcim lekárom. Úhradu za vykonanie prehliadok mŕtvych tiel v zdravotníckom zariadení úrad uhrádza priamo prehliadajúcim lekárom. Navrhujeme doplniť možnosť úhrady za prehliadky mŕtvych tiel v zdravotníckych zariadeniach aj poskytovateľovi prevádzkujúceho ústavné zdravotnícke zariadenie, vzhľadom na ich zodpovednosť spojenú s organizáciou prehliadok mŕtvych. | **Z** | **A** | Súčasné znenie:  3. prehliadajúcemu lekárovi poskytovateľa prevádzkujúceho zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti úhradu za vykonanú prehliadku mŕtveho tela, ak sa prehliadka mŕtveho tela vykonala v tomto zdravotníckom zariadení,  Na rokovaní dňa 10.8.2018 vzniesli procedurálnu námietku k celému návrhu zákona a k skrátenému konaniu. Následne sa ohradili voči tomu, aby sa metodickým usmernením ÚDZS – určilo, že APS má pri prehliadkach mŕtvych tiel – 12 eur vrátane DPH. Je rozdiel, ak ide o pracovno-právny vzťah a ak ide o samostatnú zárobkovú činnosť. V tejto platbe nie sú vyjadrené náklady zamestnávateľa - požadujú aby bolo uvedené, či 12 eur je celková cena práce, a či sú tam aj príplatky za prácu v noci, cez sviatok alebo cez víkendy.  MZSR neurčilo 12 eur za prehliadku mŕtvych tiel, túto sumu určil ÚDZS v rámci svojich rozpočtových možností. Lekárovi v pracovno-právnom vzťahu s nemocnicou je uhrádzaná mzda v rámci pracovného pomeru a prehliadku mŕtveho tela má mať platenú ÚDZS navyše 12 eurami za prehliadku a táto suma je konečná. To, či to lekár vykonáva vo sviatok, má mať zohľadnené zamestnávateľom.  Pripomienka bola akceptovaná. |
| **AZZZ SR** | **Čl. I body 48, 49, 53.** Ponechať možnosť prerokovania písomných námietok v doterajšom rozsahu. Odôvodnenie: Ako vyplýva aj z dôvodovej správy, účelom navrhovaných zmien je dosiahnuť stav, aby dohliadaný poskytovateľ stratil možnosť odborne argumentovať a rozporovať závery úradu o zamietnutí námietok. Takáto zmena ešte viac zníži možnosť poskytovateľa brániť sa voči negatívnym záverom úradu. Poskytovatelia by naopak privítali možnosť vyššej miery odbornej polemiky pri prerokovaní námietok, a to aj za aktívnej účasti konzultanta úradu. | **Z** | **A** | Formulácia „prerokovanie námietok k protokolu“ nevystihuje podstatu stretnutia so zástupcom dohliadaného subjektu. Význam slova prerokovanie je výmena názorov, dialóg, diskusiou dôkladne [osvetliť](http://slovnik.azet.sk/pravopis/slovnik-sj/?q=osvetliť) napr. sporné otázky. Osobná prítomnosť odborného konzultanta nie je reálne možná. Zúčastniť sa preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok k protokolu by malo byť právom dohliadaného subjektu a nie jeho povinnosťou, dohliadaný subjekt nie vždy považuje za potrebné zúčastniť sa tohto preverenia. Preto nesúhlasíme s odôvodením tejto pripomienky, že účelom tejto zmeny, je aby dohliadaný poskytovateľ stratil možnosť odborne argumentovať a rozporovať závery úradu o zamietnutí námietok. Zároveň sa nezníži možnosť poskytovateľa brániť sa voči negatívnym záverom úradu.  Podľa názoru navrhovateľa pripomienky nemocnice sú konfrontované s činnosťou ÚDZS a akcentujú na vyššiu erudíciu ich znalcov. Ide o otázku ústavno-právnej roviny, kedy sa modifikuje právo,  zástupcovia, ktorí vykonávajú dohľad – konajú podľa vlastného uváženia, keď tam nie je ten konzultant (pričom ÚDZS vždy neberie názor konzultanta, ak je odlišný).  Hrozí, že sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti budú súdiť s ÚDZS za ich rozhodovanie, ktoré je podkladom rozhodovania súdu.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje a ustanovenia sa vypustia z návrhu zákona a ponechá sa súčasný stav. |
| **AZZZ SR** | **Čl. III bod 1.** Slová „30.apríla“ nahradiť slovami „30.júna“ Odôvodnenie: Mnoho poskytovateľov zdravotnej starostlivosti využíva možnosť odloženia daňového priznania tak, že toto podávajú k 30.júnu. Súčasťou daňového priznania je účtovná závierka. Až po kompletizácii účtovnej závierky je poskytovateľ schopný poskytnúť plnohodnotnú informáciu o nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia. Pred definitívnym sfinalizovaním účtovnej závierky môže tieto informácie podávať iba dohadným spôsobom. | **O** | **N** | Navrhnutá úprava neúmerne skráti dobu na spracovanie dodaných údajov pre CKS. Údaje sú zasielané poskytovateľmi chybné, neúplne. Nebol by žiadny časový priestor na dožiadanie opráv a opakované spracovanie. |
| **AZZZ SR** | **Čl. I bod 9**  V § 6aa ods. 4 nahradiť slová „do jedného mesiaca“ slovami „do troch mesiacov“ Odôvodnenie: Navrhovaná doba 1 mesiac je neprimerane krátka. Podľa navrhovaného textu „Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný všetky návrhy vyhotovené v kalendárnom mesiaci zaslať príslušnej zdravotnej poisťovni poistenca vždy do 10. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca“ bude musieť poskytovateľ nahlásiť aj poistenca, ktorý napr. príde 1.januára a poskytovateľ ho vie naplánovať na 11.feburára. Splnením povinnosti podľa citovanej vety poskytovateľ nahlási poistenca, ktorému už nasledujúci deň bude poskytnutá zdravotná starostlivosť . | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka čiastočne akceptuje a ustanovenie sa upraví na 2 mesiace. |
| **AZZZ SR** | **Čl. I bod 9** V § 6aa vypustiť ods. č. 12. Odôvodnenie: Zbytočná administratívna záťaž pre poskytovateľa, pričom sa jedná o duplicitu údajov uverejňovaných zdravotnou poisťovňou v zmysle znenia § 6aa ods. 9. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú.  V prípade, ak by PZS nemali povinnosť viesť zoznam a sumár za všetky ZP, zoznam ako taký by nemal výpovednú hodnotu pre poistenca. Sumár zverejňovaný PZS zabezpečí objektivitu zaraďovania a poskytne relevantnú informáciu o poradí poistenca.  Máme za to, že v prvom rade je to zoznam („reklama“ kapacít) PZS a nie ZP. ZP len má podľa zoznamu vytvoriť rezervu a za poskytnutú plánovanú zaplatiť. Primárne by zoznam mal zverejniť PZS, ZP môže dať doplňujúcu informáciu POI, o tom, že niekde čaká do jeho elektronickej pobočky.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje a ustanovenie sa vypustí. |
| **AZZZ SR** | **Čl. I bod 9** V celom znení § 6aa slová „ kód plánovaného zdravotného výkonu “ nahradiť slovami „typ plánovaného zdravotného výkonu“ odôvodnenie:Podľa pravidiel DRG získa poskytovateľ kód plánovaného zdravotného výkonu až po ukončení hospitalizačného prípadu. Pre účely zoznamu je zbytočnou záťažou pre poskytovateľov pokúšať sa vopred určovať DRG skupinu a hľadať konkrétny kód výkonu, keď konečný výsledok môže byť úplne iný. | **Z** | **ČA** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú.  Na základe typu plánovaného zdravotného výkonu nie je možné zaradiť do konkrétnej DRG skupiny  Kód výkonu je špecifický pre konkrétny výkon, ktorý môže byť počas hospitalizácie na základe aktuálneho zdravotného stavu pacienta iný/zmenený, poprípade doplnený. Typ kódu je kód označujúci skupinu výkonov (napr. funkčné testy tráviaceho systému).  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa v zákone ponechá iba pojem „plánovaná zdravotná starostlivosť“; vykonávací predpis ustanoví zdravotný výkon alebo chorobu, pre ktoré sa bude tvoriť zoznam. |
| **AZZZ SR** | **Čl. I bod 9**  V celom znení § 6aa vypustiť slová „ kód diagnosticko-terapeutickej skupiny “ odôvodnenie: Podľa pravidiel DRG získa poskytovateľ kód diagnosticko-terapeutickej skupiny až po ukončení hospitalizačného prípadu. Pre účely zoznamu je zbytočnou záťažou pre poskytovateľov pokúšať sa vopred určovať DRG skupinu a hľadať konkrétny kód výkonu, keď konečný výsledok môže byť úplne iný. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **AZZZ SR** | **Čl. I bod 23** V znení § 18 ods. 1 písm. b) vypustiť slová „nad neposkytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti“ Odôvodnenie: Takáto zákonná možnosť by mohla vyvolať množstvo šikanóznych dohľadov voči poskytovateľom. A navyše o niečom, čo sa nestalo (t.j. o starostlivosti ktorá nebola poskytnutá) , nebude pravdepodobne existovať žiaden dôkaz. | **O** | **ČA** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Ustanovenie bolo prepracované v zmysle pripomienok viacerých subjektov.  Dohľad možno vykonať nad niečím čo sa udialo. Avšak neposkytnutie zdravotnej starostlivosti „lege artis“, ktorá zodpovedá zdravotnému stavu pacienta je porušenie zákonnej povinnosti zdravotníckeho pracovníka, alebo poskytovateľa v každom prípade, nie len v rámci neodkladnej zdravotnej starostlivosti.  Úrad by mal mať právomoc/povinnosť kontrolovať celý kontext poskytovania zdravotnej starostlivosti t.j. nielen vtedy, ak sa poskytla (ako sa poskytla), lebo aj neposkytnutie či odmietnutie je de facto rozhodujúce pre konečný výsledok (život a zdravie pacienta). Naviac, ustanovizne vydávajúce povolenia nemajú ľudskú ani odbornú kapacitu aby práve takéto prípady riešili a úrad má všetky predpoklady na splnenie tejto úlohy. |
| **AZZZ SR** | **Čl. I bod 43** V znení § 43 ods. 5 vypustiť slová „alebo inej osoby, ktorá tvrdí, že došlo k porušeniu zákona pri výkone verejného zdravotného poistenia alebo pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti“ Odôvodnenie: Takáto zákonná možnosť by mohla vyvolať množstvo šikanóznych dohľadov od osôb, ktore bez nutnosti preukázania akéhokoľvek relevantného záujmu a dôvodu môžu iniciovať dohľad. Navyše „iná osoba“ môže byť osobou, ktorá nemá zákonnú možnosť nahliadať do zdravotnej dokumentácie pacienta, u ktorého bude iniciovať dohľad z dôvodu nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Avšak úrad, ktorý po ukončení dohľadu musí osobu podávajúcu podnet písomne vyrozumieť o výsledku, poskytne tejto osobe množstvo údajov o zdravotnom stave pacienta, t.j. údajov, ktorých poskytnutie bude predstavovať zásah do osobnostných práv pacienta. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Ustanovenia výkone dohľadu a súčinnosti tretích osôb boli z návrhu zákona vypustené. |
| **AZZZ SR** | **Čl. I bod 11** Vypustiť celé navrhované znenie § 9 ods. 12 a 13. Odôvodnenie: DRG je aktuálne vykazovací a nie úhradový mechanizmus. Zdravotné poisťovne majú s poskytovateľmi dohodnutý druh celkovej paušálnej platby, pričom mesačný objem je dohodnutý bez ohľadu na množstvo vykázanej zdravotnej starostlivosti. Navrhované znenie predpokladá vznik situácie, ktorá v súčasnosti nemôže nastať, nakoľko poisťovne neuhrádza jednotlivé hospitlaizačné prípady, ale uhrádza dohodnutý celkový mesačný objem. Navyše v súčasnosti nemožno hovoriť o právnej istote vo veci stanovenia pravidiel DRG, nakoľko pravidlá uvedené vo Vestníku MZ SR z 2015 sú obsoletné a pravidlá vydávané zo strany UDZS nemožno považovať za všeobecne záväznú právnu normu. | **Z** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Bod 1 článku IV návrhu zákona** Navrhujeme nasledujúce znenie: „a) vykonáva u zamestnávateľa, ktorý má sídlo alebo stálu prevádzkareň na území Slovenskej republiky alebo je organizačnou zložkou podniku zahraničnej osoby na území Slovenskej republiky, zárobkovú činnosť podľa § 10b ods. 1 písm. a) dohodnutú s mesačným príjmom z tejto činnosti najmenej v sume určenej osobitným predpisom3aa) pre zamestnanca odmeňovaného mesačnou mzdou; v prípade ak dohodnutý mesačný príjem z tejto činnosti nedosiahne sumu určenú v osobitnom predpise zanikne verejné zdravotné poistenie posledným dňom v mesiaci v ktorom príjem spĺňal sumu určenej osobitným predpisom; to neplatí, ak je zamestnaná v Slovenskej republike u zamestnávateľa, ktorý požíva diplomatické výsady a imunity podľa medzinárodného práva, ak v odseku 9 nie je ustanovené inak, Odôvodnenie: V prípade vzniku verejného zdravotného poistenia (podaní prihlášky) zamestnávateľ preukáže dohodnutý mesačný príjem z tejto činnosti najmenej v sume určenej osobitným predpisom, ale následne daný dohodnutý príjem nevyplatí v požadovanej sume. Zdravotná poisťovňa musí vykonať kontrolu odvodeného príjmu a následne rozhodnúť o nároku na verejné zdravotné poistenie. Uvedený proces je zdĺhavý a spôsobuje v mnohých prípadoch neefektívne vynakladanie prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. | **O** | **N** | Aj súčasné, aj novonavrhované znenie sa odvoláva na dohodnutý mesačný príjem. Reálny príjem môže byť nižší ako dohodnutý z rôznych dôvodov (PN, neplatené voľno, dovolenka...) a nie je účelné neustále ukončovať a znovu zakladať poistný vzťah. |
| **DÔVERA** | **Bod 60 článku I návrhu zákona** Bod 60 navrhujeme vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: Nesúhlasíme so zavedením správneho konania vo veciach posudzovania námietok/nesúhlasných stanovísk voči výkazom nedoplatkov/oznámení o výsledku ročného zúčtovania verejného zdravotného poistenia prostredníctvom úradu ako druhým stupňom správneho konania. Návrh bude mať negatívny dopad na poistencov a platiteľov poistného, zvýšenie administratívnej záťaže pre poistencov, platiteľov a zdravotné poisťovne (a v konečnom dôsledku aj pre úrad), nárast nákladov súvisiacich so zvýšením počtu zamestnancov a úpravou informačných systémov (tak na strane zdravotných poisťovní ako aj úradu). Úrad nedisponuje databázou rôznych údajov z informačných systémov zdravotnej poisťovne (oznámených, evidovaných, vykázaných od poistenca/platiteľa, oznámených v dávkach od štátnych inštitúcií, oznámených v rámci súčinností) potrebných pre posúdenie námietok. Len v zdravotnej poisťovni DÔVERA bolo v roku 2017 vydaných spolu cca. 470 tisíc titulov (výkazov nedoplatkov, oznámení o výsledku ročného zúčtovania). Navrhnutý rozsah dokladov, ktorý by musela zdravotná poisťovňa predkladať úradu, by bol ťažkopádny, zdĺhavý, administratívne zaťažujúci všetky tri strany (zdravotné poisťovne, poistenec/platiteľ poistného, úrad). Znamenalo by to riziko prerušovania konaní a zdĺhavosť celkového administratívneho konania. Podotýkame, že aj počas konania o pohľadávke (či už v zdravotnej poisťovni alebo na úrade) poistenec je uverejnený v zozname dlžníkov bez nároku na plánovanú zdravotnú starostlivosť (samozrejme, ak nespĺňa iné podmienky, že hoci dlžníkom je, má nárok na zdravotnú starostlivosť). T. j. riešenie je v neprospech poistenca, pretože správnym konaním sa konanie o jeho pohľadávke jednoznačne bude predlžovať (prípadne i prerušovať správne konanie) a počas tejto doby je dlžník na webe s obmedzeným nárokom zdravotnú starostlivosť. Doteraz realizovaný proces riadne fungoval, t.z. ak zdravotná poisťovňa nevyhovela námietkam, návrh na vydanie platobného výmeru elektronicky odoslala na úrad a úrad vydal platobný výmer. Navrhovaná zmena by si vyžadovala markantné úpravy v informačných systémoch zdravotných poisťovní, ako aj na strane úradu, čo ako uvádzame na inom mieste našich pripomienok, nie je realizovateľné k 1.11.2018. | **Z** | **N** | Vymáhanie pohľadávok na poistnom sa realizuje v súčasnosti dvoma spôsobmi, výkazom nedoplatkov prostredníctvom zdravotných poisťovní alebo platobným výmerom prostredníctvom Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“). Navrhuje sa zrušiť možnosť vydania platobného výmeru Úradom, nakoľko tento nemal dostatočný čas na preverenie situácie poistenca. Cieľom je zabezpečiť, aby vymáhanie pohľadávok na poistnom sa v prvom stupni realizovalo výlučne prostredníctvom zdravotných poisťovní. Navrhuje sa zrušiť možnosť vydania platobného výmeru Úradom. Úlohy druhostupňového (odvolacieho) orgánu v plnej miere prevezme Úrad.  V súčasnosti prebieha trojinštančné konanie o pohľadávke, úpravou sa dosiahne stav, keď úrad bude rozhodovať len o námietkach podaných voči výkazu nedoplatkov. Tým sa zvýši miera zodpovednosti zdravotnej poisťovne za správnosť údajov vo VN. Súčasná právna úprava je predmetom kritiky ombudsmana, prokuratúry.  Navrhovaná zmena neovplyvňuje doterajšiu prax pri vydávaní výkazov nedoplatkov; tá ostáva bez zmeny.  K zmene dochádza iba pri riešení námietok, kedy už nedochádza k podávaniu návrhu na vydanie platobného výmeru ale už priamo k rozhodovaniu o námietke; navrhovaná zmena skracuje a zjednodušuje postup pre všetkých účastníkov procesu.  Správne konanie sa týka rozhodovania ÚDZS o námietkach, ktorý podľa správneho poriadku rozhodoval aj doposiaľ. |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 6 ods. 4 (580.2004)** Dovoľujeme si v súvislosti s právnou úpravou zástupcov v prípade maloletých, upraviť problematiku rozsahu zastupovania a oprávnení týchto súdom určených zástupcov. Podľa zákona o rodine, pokiaľ rodič maloletého nie je pozbavený alebo obmedzený na rodičovských právach, je stále rodičom dieťaťa s právom konať zaňho v iných ako bežných veciach. Z toho dôvodu napr. rodičia obdržia limit spoluúčasti za dieťa, namiesto detských domovov, v ktorých sú maloletí umiestnení a ktoré znášajú náklady na lieky. Podobne je to aj v prípade podania prihlášky. Súčasne je problémom sprístupnenie rozsudkov (uznesení) súdov o rozsahu oprávnení pri zverovaní maloletých do starostlivosti. | **O** | **N** | Návrh berieme ako podnet na najbližšiu novelizáciu, je potrebná hlbšia analýza. |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 25 ods. 1 písm. i) zákona** Na koniec navrhujeme doplniť slová „okrem písmena q)“. Odôvodnenie: Pokiaľ bude do zákona doplnený § 24 písm. q), porušenie tejto povinnosti nebude vedieť zdravotná poisťovňa oznámiť lebo sa nemá ako dozvedieť, či si svoju povinnosť zamestnávateľ splnil alebo nie. | **O** | **N** | písm. q) vypustené |
| **DÔVERA** | **Bod 8 článku IV návrhu zákona** Navrhované znenie vítame. V nadväznosti na to, že rodičia môžu byť poistení v odlišných zdravotných poisťovniach navrhujeme doplniť ustanovenia § 23 a § 29b tak, aby zdravotné poisťovne mohli spracúvať údaje o deťoch a druhom rodičovi, poberanie rodičovského príspevku ktorých sa to týka. V opačnom prípade nebude možné splnenie podmienky uvedenej v písmene j) odkontrolovať a tým by toto ustanovenie stratilo opodstatnenie. | **O** | **N** | je potrebné komplexné riešenie, vrátane ustanovenia procesu výmeny údajov; nad rámec súčasného rozsahu novely |
| **DÔVERA** | **Bod 11 článku IV návrhu zákona** Navrhujeme bod 11 vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: Podľa nášho názoru je toto ustanovenie nadbytočné. Je jednoznačne určené, že preddavok SZČO sa vypočítava podľa § 16 ods. 2 písm. b) a tiež v § 16 ods. 6 sa uvádza, že je to podľa ods. 2 písm. b). | **O** | **N** | pre jednoznačný výklad je potrebné určiť osobitne minimálny preddavok pre SZČO v súbehu (odlišne od SZČO bez súbehu) |
| **DÔVERA** | **Bod 16 článku IV návrhu zákona** Navrhujeme bod 16 vypustiť v celom rozsahu a vydávanie výkazov nedoplatkov a riešenie podaných námietok ponechať bezozmien, za súčasného zrušenia navrhovaného správneho konania pri posudzovaní námietok voči výkazom nedoplatkov. Odôvodnenie: Je uvedené k bodu 60 článku I návrhu zákona. | **Z** | **N** | V súčasnosti prebieha trojinštančné konanie o pohľadávke, úpravou sa dosiahne stav, keď úrad bude rozhodovať len o námietkach podaných voči výkazu nedoplatkov. Tým sa zvýši miera zodpovednosti zdravotnej poisťovne za správnosť údajov vo výkaze nedoplatkov. Súčasná právna úprava je predmetom kritiky ombudsmana, prokuratúry.  Navrhovaná zmena neovplyvňuje doterajšiu prax pri vydávaní výkazov nedoplatkov; tá ostáva bez zmeny.  K zmene dochádza iba pri riešení námietok, kedy už nedochádza k podávaniu návrhu na vydanie platobného výmeru ale už priamo k rozhodovaní o námietke; navrhovaná zmena skracuje a zjednodušuje postup pre všetkých účastníkov procesu.  Správne konanie sa týka rozhodovania ÚDZS o námietkach, ktorý podľa správneho poriadku rozhodoval aj doposiaľ. |
| **DÔVERA** | **Bod 21 článku IV návrhu zákona** Navrhujeme bod 21 vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: Popísané situácie pohľadávok určené k odpisu (na základe uznesení súdov ale aj z vôle zdravotnej poisťovne) možno analogicky prirovnať k zneniu dnes už neplatného zákona č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení (účinný do 31.12.2003). Úpravu nepovažujeme za potrebnú, pretože je dostatočne upravená v interných smerniciach akceptujúc všetky požiadavky všeobecne záväzných právnych noriem. Zdravotná poisťovňa ako súkromná obchodná spoločnosť nemá v tomto zmysle dispozíciu na vydávanie „rozhodnutia“. O odpisovaní pohľadávok by zdravotná poisťovňa nemala rozhodovať, ale pokiaľ sú splnené podmienky, podľa zákona o účtovníctve, pohľadávku by mala odpísať. | **Z** | **ČA** | Úpravu odpisovania pohľadávok priamo v zákone považujeme za potrebnú, z dôvodu rovnakého postupu všetkých zdravotných poisťovní v procese odpisovania pohľadávok.  Práca s pohľadávkami vrátane ich odpisovania je významná časť činností zdravotnej poisťovne a ako taká má byť upravená v zákone, nie iba v interných smerniciach (ktoré sa môžu líšiť).  Rozhodnutie o odpísaní pohľadávky má podľa navrhovaného znenia predstavovať interný akt zdravotnej poisťovne a týka sa iba podmienok na odpis podľa odseku 3 (pri ktorých musí prísť k internému posúdeniu ich splnenia); netýka sa podmienok podľa odseku 1, ktoré sú deklaratórne a nezávislé od posúdenia zdravotnej poisťovne.  Po posúdení, zdravotná poisťovňa nebude rozhodovať, iba viesť evidenciu odpísaných pohľadávok. |
| **DÔVERA** | **Bod 28 článku IV návrhu zákona** Navrhujeme bod 28 vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: Z pracovnej zmluvy, z dokladu o príjme zo závislej činnosti alebo z iných relevantných dokladov (ktorých?) nie je možné vôbec určiť presné obdobie, keď mala byť fyzická osoba „zamestnancom“. Lebo zamestnanec nie je v dňoch, keď nepoberal príjem zo závislej činnosti a v ktorých nepoberal nemocenské, ošetrovné, materské (§ 11 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.). Zásadne nesúhlasíme s doplnením možnosti preukazovať zamestnanca pracovnou zmluvou, dokladom o príjme zo závislej činnosti alebo inými relevantnými dokladmi. Pracovná zmluva nepreukazuje skutočnosť, že zamestnanec aj nastúpil do zamestnania a vykonával prácu za ktorú mal nárok na mzdu. Doklad o príjme – myslí sa tým výplatná páska? Táto však zvyčajne je len dokument vytlačený bez nejakého ďalšieho potvrdenia zamestnávateľa – pečiatka a podpis, ľahko sfalšovateľný doklad. Iné doklady – aké doklady sa tým myslia? Pre jednoznačnosť musia byť takéto doklady presne definované/špecifikované. V prípade ak bude úprava aj napriek výhradám riešená, je potrebné aby sa zákonodarca vysporiadal so situáciou, čo v prípade ak zamestnávateľ bude tvrdiť, že zamestnanec do práce nenastúpil, prípadne zamestnávateľ bude tvrdiť, že o takom zamestnancovi nič nevie a pritom sa zamestnanec bude preukazovať vyššie spomenutými dokladmi. Ako má takúto situáciu zdravotná poisťovňa riešiť? Ktoré tvrdenie má zdravotná poisťovňa akceptovať? Kto bude zodpovedať za prípadnú škodu, ktorá môže vzniknúť? | **Z** | **N** | Ustanovuje sa možnosť (nie povinnosť) pre zamestnanca preukázať skutočnosti o zamestnaní, ak ich nepreukázal jeho zamestnávateľ. Samotné posúdenie dokladov je v kompetencii zdravotnej poisťovne, ktorá by mala vedieť posúdiť hodnovernosť týchto dokladov a na základe toho rozhodnúť. |
| **DÔVERA** | **Bod 8 článku I návrhu zákona** Navrhujeme bod 8 vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: S ohľadom na odôvodnenie tohto návrhu v dôvodovej správe, s ktorým sa v plnom rozsahu stotožňujeme, nie je zrejmé, prečo sa práve na tento typ výdavku stanovuje zákonom limit. Je predsa zrejmé, že limit prevádzkových výdavkov je určený v § 6a. Pokiaľ tento návrh nie je akceptovateľný, potom navrhujeme nasledujúce znenie: „h) podieľať sa na financovaní činností záujmových organizácií združujúcich zdravotné poisťovne najviac vo výške 1 % z maximálneho limitu výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne vypočítaného podľa § 6a.“. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Bod 54 návrhu zákona**  Navrhujeme doplniť „opravný“ mechanizmus, pokiaľ údaje oznámené úradom nebudú správne, resp. mechanizmus, akým spôsobom môžu zdravotné poisťovne verifikovať oznámené údaje. Takto je to nastavené, že úrad „natvrdo“ určí viacročné nákladové skupiny, pričom sa voči tomu nedá namietať. Tiež nie sú riešené situácie, ak v priebehu roka príde poistenec (vráti sa zo zahraničia) a nebude zaradený do viacročnej nákladovej skupiny aj keby mal byť. | **O** | **N** | Výpočet viacročných nákladov vykonáva MZ SR z podkladov zdravotných poisťovní. Úrad predkladá zoznam poistencov zdravotnej poisťovne, ktorý doručí do zdravotnej poisťovne. |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 9** Navrhujeme doplniť nový § 9g, ktorý znie: „9g - Úhrada nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi verejne zdravotne poistenému v Slovenskej republike podľa § 3 ods.4 Poistenec verejne zdravotne poistený podľa § 3 ods.4 má právo na úhradu nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej v Slovenskej republike v plnom rozsahu.“. Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV Nariadenia EP a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 je pre poistenca obmedzujúce a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 27b zákona** Navrhujeme doplniť odsek 10, ktorý znie: (10) Jednotlivé farmaceuticko-nákladové skupiny musia zohľadňovať: a) platnosť - ako je farmaceuticko-nákladová skupina vecne správne definovaná, b) stabilitu - ako je zaradenie do farmaceuticko-nákladových skupín a indexy stabilné v čase, c) motivácie - ako zmena ovplyvňuje motivácie na úhradu zdravotnej starostlivosti. Odôvodnenie: Rovnaké parametre ako pre viacročné nákladové skupiny musia platiť aj pre farmaceuticko-nákladové skupiny. Pri návrhu parametrov do prerozdelenia je potrebné pracovať okrem predikčnej sily aj s ďalšími parametrami – hlavne valídnosť, stabilita a motivácie. Zdravotná poisťovňa, ktorá navrhuje zmenu skupín, by mala byť schopná dodať vecný popis s navrhovanou zmenou a argumentovať, ako je zmena valídna, stabilná a prečo nekriví motivácie. Napríklad, pre novonavrhovanú farmaceuticko-nákladovú skupinu by sa dalo skúmať: - či je navrhovaná nová farmaceuticko-nákladová skupina medicínsky konzistentnou skupinou pacientov, - ako dobre daných pacientov identifikuje – teda napríklad, či nevynecháva nejakú podmnožinu, alebo npeidentifikuje veľa navyše, - či je dobre definovaná zvolenými liekmi, - či ide naozaj o chronickú, teda stabilnú skupinu, - tiež by sa malo napríklad posúdiť, že nejde len o drahšiu liečbu, ktorá je zameniteľná s inou, lacnejšou alternatívou (vtedy ide problém s motiváciami). | **O** | **N** | Uvedené ukazovatele nie sú presne definované, preto nie je možné ich vyhodnocovať. Nebránime sa diskusii o parametroch, ale musí na nich byť všeobecný konsenzus. |
| **DÔVERA** | **Bod 7 článku I návrhu zákona** Navrhujeme doplniť, akým spôsobom a komu sa budú štandardizované testy dodávať. Zdravotná poisťovňa nie je oprávnená na nakladanie s takýmito pomôckami, preto sme toho názoru, že by v zákone malo byť určené, že výrobca testov dodá testy poskytovateľom zdravotnej starostlivosti prostredníctvom poskytovateľov lekárenskej starostlivosti alebo iným vhodným spôsobom a najmä osobe, ktorá je oprávnená tieto testy prevziať, uskladniť a vydať. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Ide o testy, ktoré sú voľne dostupné v lekárňach, pre ich nákup a distribúciu nie je potrebné povolenie. |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 23 ods. 1 písm. a) zákona** Navrhujeme na konci čiarku nahradiť bodkočiarkou a doplniť slová „zmenu kontaktnej adresy je poistenec povinný oznámiť“. Odôvodnenie: Na kontaktné adresy sú naviazané mnohé procesy, ale poistenec nemá povinnosť zmenu oznamovať. Túto adresu nedostávajú zdravotné poisťovne zo žiadneho zdroja. 15. Bod 28 článku IV návrhu zákona | **O** | **N** | Ak poistenec neoznámi novú kontaktnú adresu, ako aktuálna je posledná oznámená kontaktná adresa. |
| **DÔVERA** | **Bod 13 článku I návrhu zákona** Navrhujeme nasledujúce znenie odseku 12: „(12) Zdravotná poisťovňa zostavuje rozpočet na príslušný kalendárny rok so zohľadnením rozpočtu,29ab) ktorý vychádza zo zásadných smerov a priorít štátnej zdravotnej politiky určených ministerstvom zdravotníctva, a ktorého cieľom je hospodárne, efektívne a účelné vynakladanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Zdravotná poisťovňa je povinná predkladať vláde rozpočet zdravotnej poisťovne zostavený podľa prvej vety v lehote a štruktúre, ktorú zverejní ministerstvo zdravotníctva na webovom sídle v dostatočnom predstihu. Ministerstvo zdravotníctva je povinné predložiť zdravotnej poisťovni schválené znenie rozpočtu podľa prvej vety bez zbytočného odkladu od jeho schválenia. Lehota na predloženie rozpočtu zdravotnej poisťovne je najmenej jeden mesiac od doručenia schváleného znenia rozpočtu podľa prvej vety a súčasne s ohľadom na povinnosť zdravotnej poisťovne podľa odseku 1 písmeno c).“. Odôvodnenie: Máme za to, že schválené znenie rozpočtu verejnej správy by malo Ministerstvo zdravotníctva SR doručiť bez zbytočného odkladu od jeho schválenia v parlamente. Súčasne by mala byť stanovená lehota na jeho predloženie tak, aby lehota bola najmenej jeden mesiac a súčasne bola súčasne dodržaná lehota podľa § 11 ods. 1 písm. c). Ministerstvo zdravotníctva SR by malo zverejniť štruktúru a lehotu na webovom sídle bez zbytočného odkladu od schválenia rozpočtu a samotná štruktúra by mala byť explicitne definovaná. Dovoľujeme si tiež nechať na zváženie, či nie je potrebné doplniť, akým spôsobom sa bude vypracovávať rozpočet, pokiaľ bude rozpočtové provizórium. Taktiež navrhujeme súvisiacu úpravu v termínoch a povinnostiach v § 15 ods. 1 písm. u), podľa ktorého je zdravotná poisťovňa povinná predkladať úradu do 31. marca kalendárneho roka obchodno-finančný plán a rozpočet na príslušný kalendárny rok. | **Z** | **ČA** | Ustanovenie bolo prepracované aj v zmysle rokovania s MFSR, MFSR trvalo na zasielaní rozpočtu podľa súčasných pravidiel.  Preto bolo ustanovenie preformulované na výdavky a nie rozpočet, v konečnom dôsledku zámerom bolo zostaviť štruktúru výdavkov a táto sa určí po dohode a bude podkladom rozpočtu. |
| **DÔVERA** | **Bod 11 článku I návrhu zákona, k odseku 12** Navrhujeme nasledujúce znenie: (12) Ak zdravotná poisťovňa kontrolou úhrady za hospitalizačný prípad u poskytovateľa ústavnej starostlivosti hradenej podľa klasifikačného systému (§ 8c) zistí, že poskytovateľ ústavnej starostlivosti27f) porušil pravidlá kódovania a zdravotná poisťovňa uhradila za hospitalizačný prípad vyššiu úhradu, ako na ktorú má poskytovateľ ústavnej starostlivosti nárok podľa zmluvy, a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej základnej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých hospitalizačných prípadov alebo minimálne 15 hospitalizačných prípadov vykázanej zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období v danej základnej diagnosticko-terapeutickej skupine, zdravotná poisťovňa zníži úhradu za všetky hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za hospitalizačný prípad a správnou výškou úhrady zistenej na kontrolovanej vzorke hospitalizačných prípadov, ktoré poskytovateľ ústavnej starostlivosti mal vykázať pri dodržaní pravidiel kódovania alebo b) zdravotná poisťovňa uplatní u poskytovateľa ústavnej starostlivosti nárok na náhradu plnenia za každý uhradený hospitalizačný prípad, ktorý bol chybne vykázaný, a to vo výške rozdielu medzi úhradou za hospitalizačný prípad vykázanou poskytovateľom ústavnej starostlivosti a správnou výškou úhrady, ktorú mal poskytovateľ ústavnej starostlivosti vykázať pri dodržaní pravidiel kódovania a zároveň uplatní u tohto poskytovateľa ústavnej starostlivosti zmluvnú pokutu vo výške 2-násobku rozdielu podľa predchádzajúcej vety, a to za každý chybne vykázaný kontrolovaný hospitalizačný prípad. Odôvodnenie: Navrhujeme legislatívno-technické úpravy z dôvodu nutnosti spresnenia znenia. Súčasne navrhujeme, aby nešlo o možnosť zdravotnej poisťovne uložiť sankciu za nesprávne kódovanie zistené pri revízii. | **O** | **N** | bezpredmetné, ustanovenie bolo vypustené |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 24 písm. c)** Navrhujeme nasledujúce znenie: „c) elektronicky oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni spôsobom určeným úradom najneskôr do ôsmich pracovných dní zmenu platiteľa poistného okrem zmeny platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 3 druhej vete a z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 7 písm. c), m), a s), ktorú treba oznámiť do konca kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného; lehoty sú dodržané, ak zamestnávateľ prihlási zamestnanca do ôsmich pracovných dní odo dňa prijatia potvrdenia Sociálnej poisťovne, aké právne predpisy sa na danú osobu vzťahujú podľa osobitných predpisov,3a) Odôvodnenie: V súvislosti s úpravou v § 11 ods. 7 písmeno j), navrhujeme upraviť znenie § 24 písm. c). Povinnosť oznámiť skutočnosti podľa § 11 ods. 7 písm. g, j), k), l) a r) má poistenec v § 23 ods. 3 a v súčasnosti je to duplicitná povinnosť u poistenca aj u zamestnávateľa. Zároveň zamestnávateľ nemá ako nahlásiť súvisiacu osobu v oznámení zamestnávateľa o poistencoch. Navrhujeme tiež výlučné elektronické oznamovanie. | **O** | **N** | nad rámec novely  Výlučná elektronická výmena údajov musí byť predmetom MPK a musí byť prerokovaná so zástupcami zamestnávateľov. |
| **DÔVERA** | **Bod 1 článku II návrhu zákona** Navrhujeme nasledujúce znenie: „(34) Populačný skríning je organizovaná, kontinuálna a vyhodnocovaná činnosť zameraná na záchyt zhubného ochorenia vo včasnom štádiu cieleným a špecifickým prístupom vo vyhľadávaní jedincov pri predpokladanom záchyte nerozpoznaných ochorení u zdanlivo zdravej bezpríznakovej populácie prostredníctvom testov, vyšetrení alebo iných postupov, ktoré sa dajú rýchlo a ľahko aplikovať na cieľovú populáciu.“. Odôvodnenie: Máme za to, že populačný skríning má význam len pri zhubných ochoreniach. Tiež máme za to, že včasná diagnostika u príznakových pacientov a liečba je už dnes upravená v platných právnych predpisoch. Máme za to, že uvedené nie je súčasťou skríningu, ktorého účelom je, ako uvádza prvá veta, včasné zachytenie ochorenia. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **DÔVERA** | **Bod 2 článku II návrhu zákona** Navrhujeme nasledujúce znenie: „al) plní úlohu koordinačného strediska pre populačný skríning. Na základe medicíny založenej na dôkazoch a po vykonaní štúdie vykonateľnosti určuje, aký populačný skríning sa bude realizovať, v akých intervaloch, s akými testami, na akej vzorke poistencov a kto bude vyhodnocovať výsledky.“. Odôvodnenie: Navrhujeme, aby bolo presne určené, akým spôsobom má Ministerstvo zdravotníctva SR realizovať populačný skríning a v čom má spočívať jeho postavenie ako koordinačného strediska. Z uvedenej definície by následne malo vyplynúť, že z verejného zdravotného poistenia sa budú uhrádzať len tie skríningy a programy, ktoré majú pilotnými projektami dokázaný prínos, teda nie pilotné „pokusy“ o populačný skríning. Treba si uvedomiť, že iba skríningy prsníkového, kolorektálneho a cervikálneho karcinómu spĺňajú prísne kritériá pre populačný skríning. Zamedzí sa tým aj prípadným „pokusom“ o populačné skríningy ochorení iných orgánov. | **Z** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **DÔVERA** | **Bod 4 článku IV návrhu zákona a súvisiaci bod 33**  Navrhujeme nasledujúce znenie: „b) meno, priezvisko, rodné priezvisko, rodné číslo, číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu, pohlavie, adresu trvalého pobytu, ak má prechodný pobyt, aj adresu prechodného pobytu poistenca, kontaktnú adresu, telefón a e-mail, ak ich poistenec má a súhlasí s ich poskytnutím; u cudzinca sa uvádza aj adresa trvalého pobytu v cudzine, doba trvalého alebo prechodného pobytu na území Slovenskej republiky, štátna príslušnosť a dátum narodenia, ak mu rodné číslo nebolo pridelené a bankové spojenie a číslo účtu,“. Odôvodnenie: Navrhujeme u cudzincov doplniť aj údaj o dobe prechodného pobytu na Slovensku, nakoľko tento získavajú najčastejšie. Tiež navrhujeme doplniť aj číslo bankového účtu, na ktoré by sme mohli vrátiť poistné zaplatené bez právneho dôvodu alebo preplatok z ročného zúčtovania poistného. U cudzincov- zamestnancov preplatok na adresu v zahraničí poštovým poukazom pošta nedoručuje. Účet poistenca zdravotná poisťovňa nemá k dispozícii alebo má evidovaný účet jednej styčnej osoby/účtovníka, ktorá zabezpečuje určitej skupine cudzincov formality na Slovensku. Tiež by sa vylúčilo riziko prevzatia preplatku poukázaného poštovým poukazom treťou (neoprávnenou) osobou. Súčasne si dovoľujeme navrhnúť, aby sa v prihláške nevypĺňal údaj o platiteľovi poistného. Tento údaj z prihlášky pri zmene zdravotnej poisťovne sa v čase od podania prihlášky do 1.1. nasledujúceho kalendárneho roka často mení. Skôr sa prikláňame k tomu, aby po 1.1. iniciálnou dávkou dotknuté inštitúcie nahlásili platiteľov u jednotlivých poistencov a to najmä poistencov štátu. V ostatných prípadoch oznamovacia povinnosť je uvedená v zákone do 8.1. | **O** | **ČA** | Doba prechodného pobytu doplnená ako povinná náležitosť prihlášky.  Ďalšie údaje doplnené ako fakultatívna náležitosť prihlášky. |
| **DÔVERA** | **Bod 58 návrhu zákona**  Navrhujeme odsek 1 vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: Súvisí so zásadným nesúhlasom zavádzať správne konania. Navyše je toto ustanovenie v rozpore s bodom 63 v článku I návrhu zákona, podľa ktorého sa konania začaté pred nadobudnutím účinnosti tohto zákona sa dokončia podľa doterajších predpisov. | **Z** | **N** | V súčasnosti prebieha trojinštančné konanie o pohľadávke, úpravou sa dosiahne stav, keď úrad bude rozhodovať len o námietkach podaných voči výkazu nedoplatkov. Tým sa zvýši miera zodpovednosti zdravotnej poisťovne za správnosť údajov vo VN. Súčasná právna úprava je predmetom kritiky ombudsmana, prokuratúry.  navrhovaná zmena neovplyvňuje doterajšiu prax pri vydávaní výkazov nedoplatkov; tá ostáva bez zmeny.  K zmene dochádza iba pri riešení námietok, kedy už nedochádza k podávaniu návrhu na vydanie platobného výmeru ale už priamo k rozhodovaní o námietke; navrhovaná zmena skracuje a zjednodušuje postup pre všetkých účastníkov procesu.  Správne konanie sa týka rozhodovania ÚDZS o námietkach, ktorý podľa správneho poriadku rozhodoval aj doposiaľ. |
| **DÔVERA** | **Bod 49 článku I návrhu zákona** Navrhujeme písmeno d) presunúť do odseku 2, do oprávnení dohliadaného subjektu. Odôvodnenie: Vychádzame pritom z dôvodovej správy podľa ktorej, dohliadaný subjekt sa často po „prerokovaní“ cíti byť dotknutý, že sa nemohol účinne obhajovať a brániť, čo následne namieta v ďalšom konaní. Navrhované znenie súvisí s formuláciou v písmene c) tohto odseku. Zúčastniť sa preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok k protokolu by malo byť právom dohliadaného subjektu a nie jeho povinnosťou, dohliadaný subjekt nie vždy považuje za potrebné zúčastniť sa tohto preverenia. | **O** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **DÔVERA** | **Bod 31 a 32 článku IV návrhu zákona** Navrhujeme písmeno n) ponechať bezozmeny, t. j. bod 31 vypustiť v celom rozsahu. Navrhujeme písmeno p) vypustiť v celom rozsahu, t.j. bod 32 vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: Zásadne nesúhlasíme s doplnením písmena p), nakoľko je zmätočné, pretože obsahuje text „zmene platiteľa poistného“ pričom toto písmeno má hovoriť len o mesačných výkazoch. Pri takto kombinovanej povinnosti (písmeno n) opravovať mesačné výkazy), bude komplikované vypočítavať prípadné porušenia, ktoré je zdravotná poisťovňa povinná nahlasovať úradu. Pri súčasne platnej legislatíve zasielania opráv do 30 dní od doručenia chybového protokolu, neevidujeme žiaden problém, ktorý je potrebné riešiť navrhovanou úpravou. Z toho dôvodu navrhujeme ponechať písmeno n) bezozmeny a písmeno p) vypustiť v celom rozsahu. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Bod 26 článku I návrhu zákona** Navrhujeme písmeno w) vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: V dôvodovej správe, osobitnej časti, chýba odôvodnenie doplnenia tohto písmena. Z návrhu nie je z toho dôvodu vôbec jasné, z akého dôvodu má úrad zasielať Ministerstvu zdravotníctva SR údaje zasielané zdravotnými poisťovňami pre účely tvorby správy o vykonávaní verejného zdravotného poistenia na účely tvorby štátnej politiky do 30. mája nasledujúceho kalendárneho roka. Súčasne máme za to, že odkaz [§ 20 ods. 2 písm. k)] nie je správny. Navyše máme za to, že úrad predkladá vláde podľa § 19 ods. 1 písm. c) do 30.6. už finálnu správu zosumarizovaných údajov za zdravotné poisťovne, preto nie je zrejmé, z akého dôvodu má Ministerstvu zdravotníctva SR predkladať tieto údaje samostatne. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Bod 30 článku IV návrhu zákona** Navrhujeme ponechať odsek 14 po nasledujúcej legislatívnej úprave: „(14) V prípade, že si poistenec dodatočne splní oznamovaciu povinnosť, zodpovedá za škodu, ktorá zdravotnej poisťovni vznikla. Škodou podľa prvej vety sa rozumejú náklady zdravotnej poisťovne súvisiace s uplatnením takto vzniknutej pohľadávky na úrade alebo s vydaním výkazu nedoplatkov, ako aj náklady súvisiace s vymáhaním pohľadávky.“. Odôvodnenie: Je pravdou, ako sa píše už v dôvodovej správe, že od 1.1.2017 stačí poslať „výzvu“ na zdokladovanie platiteľa poistného a nie je potrebné už zasielať „upovedomenie“ o platiteľovi poistného. Ale za škodu by poistenec, ktorý oneskorene oznámi platiteľa poistného, by zodpovedať mal. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Bod 14 článku I návrhu zákona** Navrhujeme slová „verejné prostriedky“ nahradiť slovami „finančné prostriedky“. Odôvodnenie: Podľa nášho názoru sa správne jedná o vynakladanie finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Body 18 a 19 článku I návrhu zákona** Navrhujeme slová „vyplatených paušálnych náhradách“ nahradiť slovami „vyplatených paušálnych úhrad“ a doplniť odkaz na príslušné ustanovenie (predpokladáme § 8). | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Bod 18 článku IV návrhu zákona** Navrhujeme ustanovenie upraviť tak, že právo na poplatok 10 € za vydanie výkazu nedoplatkov, ak aj zdravotná poisťovňa námietkam v plnom rozsahu vyhovela ostáva zachovaný, pokiaľ u poistenca/platiteľa poistného naďalej eviduje dlh. Nakoľko podľa odseku 7 zdravotná poisťovňa môže výkaz nedoplatkov zrušiť a nahradiť ho novým. V takom prípade by mala mať právo uplatniť poplatok za jeho vydanie. | **O** | **N** | Ak došlo k zrušeniu výkazu nedoplatkov a nedošlo k oneskorenému splneniu si oznamovacej povinnosti, nie je dôvod na vymáhanie poplatku za jeho vydanie od poistenca.  To, že u poistenca existuje dlh v inom období nie je dôvod. Tento iný dlh si môže zdravotná poisťovňa uplatniť novým výkazom nedoplatkov spolu s poplatkom za jeho vydanie. |
| **DÔVERA** | **Bod 30 článku I návrhu zákona** Navrhujeme v § 20b ods. 3 doplniť písmeno d): „d) pravidlá kódovania v systéme DRG-SK pre nasledujúci kalendárny rok do 15. decembra“. Súčasne zrušiť výnos Ministerstva zdravotníctva SR zo 17.12.2015 č. 09467/2015. Odôvodnenie: Na doplnení aj tohto ustanovenia sa dohodli na riadiacom výbore všetky zdravotné poisťovne a Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ako Centrum pre DRG. Zrejme omylom bolo toto písmeno z návrhu zákona vypustené. | **O** | **ČA** | Poskytovateľ je povinný kódovať poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti v súlade s pravidlami kódovania zdravotných výkonov. Táto povinnosť je sankčná a vzhľadom na uvedené je z dôvodu jednoznačnosti nevyhnutné, aby pravidlá kódovania boli ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom  *Vydávanie dokumentu – Pravidlá kódovania zo strany úradu, CKS by bolo flexibilnejšie s ohľadom na prípadné zmeny a úpravy tohto materiálu. Podľa nášho názoru pokiaľ by zákon ustanovil, že pravidlá kódovania chorôb určuje úrad, bez ohľadu na formu ich vydania, by mali byť záväzné pre dotknuté subjekty s možnosťou sankcionovať ich v prípade porušenia.* |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 15 ods. 1 písm. w) zákona** Navrhujeme v texte vypustiť slová: „alebo s označením „P“ podľa osobitného predpisu,11)“, Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV Nariadenia EP a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 je pre poistenca obmedzujúce, administratívne komplikované a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. Vydávanie samostatného typu preukazu „P“ je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 6 ods. 1 písm. b) zákona** Navrhujeme vypustiť bod 3. Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV Nariadenia EP a Rady č.883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 je pre poistenca obmedzujúce a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla nižšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. Vydávanie samostatného typu preukazu „P“ je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Bod 62 článku I návrhu zákona** Navrhujeme vypustiť slová „alebo na vrátenie úhrady voči poskytovateľovi ambulantnej starostlivosti podľa § 8 ods. 17“, nakoľko v § 8 žiaden odsek 17 nie je uvedený. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 10a ods. 2 písm. h)** Navrhujeme vypustiť slová: „alebo označenie preukazu „P“ pre dôchodcov poistených v Slovenskej republike s bydliskom v inom členskom štáte, ktorí majú v Slovenskej republike nárok na potrebnú zdravotnú starostlivosť“, Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV Nariadenia EP a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 je pre poistenca obmedzujúce a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. Vydávanie samostatného typu preukazu P je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 20 ods. 1 písm. e) bod 1.** Navrhujeme vypustiť slová: „alebo s označením „P“ podľa osobitného predpisu, 11a)“, Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV Nariadenia EP a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 je pre poistenca obmedzujúce, administratívne komplikované a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. Vydávanie samostatného typu preukazu „P“ je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 9 ods. 7 a 9**  Navrhujeme za slová lieky a zdravotnícke pomôcky, doplniť aj dietetické potraviny. Odôvodnenie: Legislatívno-technické spresnenie znenia, s ohľadom na inú súvisiacu legislatívu. Dietetické potraviny sú osobitná skupina. | **O** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Bod 12 článku I návrhu zákona** Navrhujeme znenie „po jeho prerokovaní vo vláde podľa odseku 12“ vypustiť. Odôvodnenie: Zrejme nedopatrením bolo uvedené, že rozpočet zdravotnej poisťovne má schvaľovať vláda. Podľa odseku 12 má zdravotná poisťovňa povinnosť predložiť vláde ako informatívny materiál návrh svojho rozpočtu, ktorý bude zohľadňovať programové rozpočtovanie a zámery štátnej zdravotnej politiky. | **Z** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **článok V** Navrhujeme, aby zákon nadobudol účinnosť najskôr 1.1.2019 a v prípadoch, kedy má dopad na úpravy v informačných systémoch a procesoch zdravotných poisťovní alebo aj platiteľov poistného, najskôr od 1.4.2019 a ideálne neskôr (1.7.2019 alebo až 1.1.2020). Podľa všeobecnej časti dôvodovej správy má mať prijatie predloženého návrhu zákona vplyv na rozpočet verejnej správy, vplyv na podnikateľské prostredie, sociálne vplyvy. Pritom podľa Legislatívnych pravidiel tvorby právnych predpisov, „ak ide o zákon, ktorý upravuje právne vzťahy, ktoré sú viazané na začiatok opakujúceho sa časového obdobia, napríklad rozpočtový rok, účtovný rok, alebo právne vzťahy, ktoré upravujú podnikanie, napríklad dane alebo odvody, je potrebné navrhnúť, ak je to možné, deň nadobudnutia účinnosti tohto zákona na začiatok príslušného obdobia alebo na 1. január, pričom je potrebné navrhnúť primeranú legisvakanciu“. Pokiaľ nebude tento návrh akceptovaný, je nutné v niektorých prípadoch dopracovať prechodné ustanovenia do návrhu zákona (napr. príspevok na činnosť Asociácie zdravotných poisťovní –alikvótna časť, rozpočet zdravotnej poisťovne – až na ďalšie rozpočtové obdobie a pod.). | **O** | **A** | Účinnosť ustanovení, novelizujúcich zákon č. 580/2004 Z. z. bude posunutá, s výnimkou ustanovení, týkajúcich sa zmeny v prerozdeľovacom mechanizme. |
| **DÔVERA** | **Bod 50 článku I návrhu zákona** Navrhujeme, ako je aj uvedené v dôvodovej správe, aby sa súčinnosť tretích osôb vzťahovala len na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zariadenia sociálnych služieb, inak je dané ustanovenie neprimerane široké. V opačnom prípade by dohliadajúcemu subjektu mali byť vyjadrenia tretieho subjektu dané k nahliadnutiu a vyjadreniu. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Súčinnosť tretích osôb má byť formulovaná všeobecne. Nie je možné vylúčiť, že úrad bude potrebovať poskytnutie súčinnosti aj od iných subjektov, ktoré nie je možné v súčasnosti špecifikovať. V prípade potreby poskytnutia súčinnosti od iných osôb, ktoré by boli uvedené v zákone, môžu vzniknúť zbytočné komplikácie v rámci procesu výkonu dohľadu. |
| **DÔVERA** | **Bod 26 článku IV návrhu zákona** Nesúhlasíme, aby sa, pokiaľ je výsledok ročného zúčtovania suma do 5 €, posielal výkaz nedoplatkov alebo oznámenie platiteľovi. Pokiaľ je záujem, aby o výsledku boli platitelia informovaní, zdravotná poisťovňa zverejní tento výsledok do 5 € výlučne elektronicky v elektronickej pobočke. Zasielanie zvyšuje administratívnu náročnosť a náklady na poštovné. Odôvodnenie: Vychádzame z toho, že náklady a poštovné a riešenie doručovania podľa § 17b ďaleko prevýšia sumu vypočítaného výsledku ročného zúčtovania. | **Z** | **A** |  |
| **DÔVERA** | **Bod 9 článku I návrhu zákona** Odsek 1 a súvisiaci odsek 23 písm. a) Navrhujeme nasledujúce znenie: „(1) Zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť a viesť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“); vybrané zdravotné výkony alebo choroby, pre ktoré sú poistenci zaradení do zoznamu, sú ustanovené v právnom predpise, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva. Plánovaná zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť iná ako neodkladná zdravotná starostlivosť.17)“ Odôvodnenie: Už z povahy delenia zdravotnej starostlivosti na plánovanú a neodkladnú nie je možné, aby to, čo je plánovaná zdravotná starostlivosť určovala vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR. Z tohto pohľadu je nesprávne aj splnomocňovacie ustanovenie v odseku 23 písm. a). Ministerstvo zdravotníctva SR reálne vyhláškou určuje, pre ktoré zdravotné výkony alebo choroby sa môže poistenec zaradiť do zoznamu. Nemôže vyhláškou určiť, čo je plánovaná zdravotná starostlivosť, pokiaľ povahu starostlivosti posudzuje revízny lekár zdravotnej poisťovne (§ 15 ods. 1 písm. f) zákona č. 581/2004 Z. z.). Pripomienku považujeme za zásadnú. Odsek 2 Navrhujeme doplniť, ako je aj reálny stav, že zdravotná poisťovňa vedie zoznam výlučne v elektronickej podobe. Odsek 3 Navrhujeme nasledujúce spresnenie znenia: „(3) Zdravotná poisťovňa zaradí poistenca do zoznamu na návrh poskytovateľa zdravotnej starostlivosti; za dátum zaradenia sa považuje dátum vyhotovenia úplného návrhu poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.“. Odôvodnenie: Zo znenia by malo byť zrejmé, že za dátum zaradenia sa považuje dátum vyhotovenia úplného návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu. Odsek 4 Navrhujeme nasledujúce znenie: „(4) Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemôže poskytnúť poistencovi plánovanú zdravotnú starostlivosť, nejde o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytnutie zdravotnej starostlivosti najneskôr do 12 mesiacov a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je schopný do 12 mesiacov zdravotnú starostlivosť poskytnúť, navrhne poistencovi, ktorému indikoval plánovanú zdravotnú starostlivosť, zaradenie do zoznamu. Ak poistenec so zaradením do zoznamu súhlasí, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vyhotoví návrh na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „návrh“) a vykoná elektronický záznam v zdravotnej dokumentácii; poistencovi vydá kópiu návrhu len ak to poistenec vyžaduje. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný všetky návrhy vyhotovené v kalendárnom mesiaci zaslať príslušnej zdravotnej poisťovni poistenca vždy do 10. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca elektronicky v rozsahu určenom úradom [(§ 20 ods. 2 písm. k)].“. Odôvodnenie: Navrhujeme v prvej vete vypustiť slová „do jedného mesiaca“, nakoľko máme za to, že aj len jeden mesiac dáva priestor na korupčné správanie. Pokiaľ zdravotný stav poistenca vyžaduje zaradenie do zoznamu, mal by byť zaradený alebo by mu zdravotná starostlivosť mala byť poskytnutá. Navrhujeme, aby vedenie zoznamov bolo výlučne elektronicky a on-line a s ohľadom na to nie je potrebná „výnimka“ jedného mesiaca. Súčasne musí byť určené, že zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytnutie zdravotnej starostlivosti do 12 mesiacov (t.z. nie že je uňho predpoklad na operáciu o 5 rokov), a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti musí byť schopný ju aj do 12 mesiacov poskytnúť v rámci svojich kapacít. Len v takom prípade by mal zaradenie do zoznamu navrhnúť poistencovi a len v takom prípade by zdravotná poisťovňa mohla mať určenú povinnosť úhrady poskytnutej plánovanej zdravotnej starostlivosti do 12 mesiacov. Návrh by mal byť výlučne elektronický, a len pokiaľ by to poistenec vyžadoval, by mu vystavil aj písomný návrh. V zákone by podľa nášho názoru nemala byť určená dávka, ale dávku by mal určiť úrad v metodike, aby sa po prípadných zmenách dala metodika na vykazovanie flexibilne upravovať a nebolo by potrebné kvôli tomu meniť zákon. Pripomienku považujeme za zásadnú. Odsek 6 Navrhujeme nasledujúce znenie: „(6) Zdravotná poisťovňa zaradí poistenca do zoznamu pre konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v poradí podľa dátumu a času vyhotovenia úplného návrhu poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Poistenec nemôže byť súčasne zaradený vo viacerých zoznamoch, ak ide o tú istú plánovanú zdravotnú starostlivosť; to neplatí ak je zaradený pre párový orgán v dvoch rôznych zoznamoch. Ak zdravotná poisťovňa zistí na základe kontroly súbeh návrhov vo viacerých zoznamoch v súvislosti s tou istou plánovanou zdravotnou starostlivosťou, ponechá poistenca v tom zozname, v ktorom bol zaradený najskôr. Zdravotná poisťovňa priradí poistencovi jedinečný identifikačný kód, ktorý musí obsahovať názov zdravotnej poisťovne, poradie v danom dni, dátum a čas doručenia a 4-miestny kód. Zdravotná poisťovňa zašle poistencovi jedinečný identifikačný kód do piatich dní od zaradenia do zoznamu výlučne elektronicky. Zdravotná poisťovňa aktualizuje zoznam vždy k poslednému pracovnému dňu kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom jej bol doručený úplný návrh poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.“. Odôvodnenie: Navrhujeme legislatívno-technické spresnenie znenia. Súčasne máme za to, že zdravotná poisťovňa nemá mať povinnosť nezaradiť poistenca, ak spĺňa kritériá na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, pokiaľ z právnej úpravy nevyhnutne vyplýva, že má ísť o návrh na poskytnutie výlučne plánovanej zdravotnej starostlivosti. Máme za to, že teoreticky môže poistenec u párových orgánov čakať u dvoch rôznych poskytovateľov pre tú istú plánovanú zdravotnú starostlivosť. Navrhujeme, aby zdravotná poisťovňa zverejnila poistencom pridelené jedinečné identifikačné kódy výlučne v ich elektronickej pobočke, kvôli ochrane údajov. Odsek 7 Odsek 7 si navrhujeme vypustiť v celom rozsahu. Máme za to, že by nemala pri tvorbe zoznamov existovať žiadna pozitívna diskriminácia a to ani pre darcov krvi. Súčasne si dovoľujeme upozorniť na tú skutočnosť, že zdravotná poisťovňa nemá evidenciu darcov krvi; túto informáciu jej Národná transfúzna služba nie je povinná zasielať. Z toho dôvodu zdravotná poisťovňa nevie kontrolovať správnosť uvedenej poznámky. Nehovoriac o tom, že návrh neuvádza, akým spôsobom sa má zdravotná poisťovňa postaviť k zmenám v tejto kategórii, t.z. ak pri zaradení poistenec nie je držiteľom príslušnej plakety, ale počas čakania sa stane. Pokiaľ tento návrh nebude akceptovaný, potom s ohľadom na návrh úpravy odseku 4 navrhujeme nasledujúce znenie druhej vety: „V poznámke návrhu poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uvedie, či ide o bezpríspevkového darcu krvi nositeľa zlatej plakety alebo diamantovej plakety prof. MUDr. Jána Jánskeho a darca krvi oceneného medailou MUDr. Jána Kňazovického.“. Odsek 8 V písmene a) navrhujeme vypustiť slová „podľa zdravotných výkonov, diagnosticko-terapeutických skupín alebo diagnóz“. V písmene c) a d) navrhujeme slová „o spôsobe informovania sa zdravotná poisťovňa dohodne s poistencom“ slovami „informácia je uvedená v účte poistenca [(§ 16 ods. 2 písm. g)]. Odôvodnenie: Nie je reálne dohodnúť s každým poistencom spôsob komunikácie. Zdravotná poisťovňa má nástroj a tým je účet poistenca, ktorý je povinná podľa § 16 sprístupniť poistencom elektronicky tak, že je prístupný len im. Písmeno g) a súvisiaci odsek 18 písm. b) Dovoľujeme si uviesť, že poistenec nemá v zákone č. 580/2004 Z. z. v povinnostiach uložené, že má oznámiť zmenu zdravotnej poisťovne poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, navyše, ak čaká na poskytnutie 12 mesiacov, nemusí si vôbec spomenúť. Navrhujeme, aby automaticky, pri zmene zdravotnej poisťovne boli poistenci zaradení buď na koniec zoznamu alebo podľa pôvodného návrhu; túto informáciu vie poskytnúť aj predchádzajúca zdravotná poisťovňa podľa § 16 ods. 5, ktorý by sa o tento údaj mohol rozšíriť. Súčasne je potrebné doriešiť, čo v prípade, ak nová zdravotná poisťovňa nemá tohto poskytovateľa zazmluvneného. Odsek 9 Z dôvodu ochrany osobných údajov podľa GDPR navrhujeme, aby zoznamy neboli zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, ale aby boli sprístupnené v elektronickej pobočke poistencov. Pokiaľ majú byť zverejňované, mali by byť zverejňované anonymizované. Zoznamy by primárne mali mať zverejnené poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pre každú zdravotnú poisťovňu osobitne (odsek 12). Tiež navrhujeme nasledujúce znenie poslednej vety: „Aktualizáciu zoznamu je zdravotná poisťovňa povinná vykonať k poslednému pracovnému dňu kalendárneho mesiaca.“. Súčasne navrhujeme vypustiť slová „a priemerná očakávaná doba čakania“, alebo doplniť metodiku, ako má byť táto priemerná doba vypočítaná. Tiež navrhujeme, aby v celom ustanovení § 6aa boli vypustené slová „diagnosticko-terapeutických skupín alebo diagnóz“ a „kód diagnosticko-terapeutickej skupiny“. Nie je možné zaradiť poistenca do zoznamu a viesť zoznamy podľa týchto atribútov, nakoľko grouper určí DRG skupinu až po poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Odsek 13 V odseku 13 musí byť nevyhnutne doriešené, čo sa udeje, ak toto dočasné odloženie prekročí dobu 12 mesiacov. Zásadne požadujeme, aby bolo doplnené, že povinnosť zdravotnej poisťovne podľa odseku 16 tým nevzniká (resp. nepovažuje sa za jej porušenie) a súčasne, aký mechanizmus má nastať. T.z. poskytovateľ oznámi zdravotnej poisťovni odklad, zdravotná poisťovňa využíva obe možnosti podľa odseku 17. Pokiaľ poistenec trvá na poskytnutí u daného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo pokiaľ nie je možné zabezpečiť zdravotnú starostlivosť inde, zdravotná poisťovňa garantuje úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť u tohto poistenca v tomto prípade, ale nesplní povinnosť jej úhrady do 12 mesiacov od zaradenia. Pripomienku považujeme za zásadnú. Odsek 14 Navrhujeme vypustiť celé písmeno a) a h), nakoľko ich realizácia je v praxi nerealizovateľná. Odsek 16 a súvisiaci odsek 19 Navrhujeme nasledujúce znenie: „(16) Zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti najneskôr do 12 mesiacov odo dňa zaradenia poistenca do zoznamu okrem prípadu, ak by náklady na zabezpečenie úhrady tejto plánovanej zdravotnej starostlivosti ohrozili úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti17) a okrem prípadu uvedeného v odseku 13.“. Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa nemôže byť povinná uhradiť plánovanú zdravotnú starostlivosť do 12 mesiacov odo dňa zaradenia poistenca, môže iba takú úhradu garantovať, vytvorením technickej rezervy. Zdravotná poisťovňa uhrádza výlučne poskytnutú zdravotnú starostlivosť, t.j. ak poistenec bude zoperovaný posledný 12. mesiac od zaradenia do zoznamu, reálna úhrada sa vykoná najskôr v polovici 14. mesiaca. Súčasne zásadne požadujeme doplniť aj výnimky, ktoré navrhujeme doplniť do odseku 13, t.z. keď poistenec trvá na poskytnutí u daného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo pokiaľ nie je možné zabezpečiť zdravotnú starostlivosť podľa odseku 17. Výnimky a úpravy v znení odseku 16 majú následne vplyv na odsek 19. Pokiaľ nebudú premietnuté návrhy do odseku 16, potom zásadne nesúhlasíme s odsekom 19. Pripomienku považujeme za zásadnú. Odsek 17 Navrhuje nasledujúce znenie písmena a): „(17) Zdravotná poisťovňa v záujme skrátenia lehoty na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a) môže poistencovi navrhnúť jej poskytnutie u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti; ak poistenec súhlasí, požiada tohto iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zaslanie návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu.“. Odôvodnenie: Zmenu by mala zdravotná poisťovňa vykonávať výlučne na základe návrhu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Odsek 18 Navrhujeme nasledujúce znenie písmena a): „(18) Zdravotná poisťovňa, ktorá sa stala príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca, a) umožní poistencovi na jeho žiadosť poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u iného poskytovateľa, požiada tohto iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zaslanie návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu, vykoná zmenu v zozname a uvedie dôvod zmeny,“. Odôvodnenie: Zmenu by mala zdravotná poisťovňa vykonávať výlučne na základe návrhu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Odsek 21 Navrhujeme legislatívno-technicky upraviť, nesedia odkazy. Tiež navrhujeme spresnenie, ako sa má vypočítať obvyklá cena pri úhradách podľa DRG, t.z. doplniť metodiku výpočtu obvyklej ceny. Odsek 23 písmeno a) Navrhujeme nasledujúce znenie: „a) rozsah diagnóz a zdravotných výkonov vhodných pre zaradenie do zoznamu,“. Odôvodnenie: Aj v nadväznosti na pripomienku k odseku 1 a súčasne k návrhu vyhlášky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv si dovoľujeme navrhnúť úpravu v písmene a). Malo by ísť o prevenciu prípadných sporov s revíznymi lekármi a to vo väzbe na doplnenú povinnosť v § 9 ods. 6, podľa ktorého revízni lekári kontrolujú opodstatnenosť zaradenia poistenca do zoznamu a vedenia poistenca v zozname (§ 6aa). Pripomienku považujeme za zásadnú. K návrhu § 6aa všeobecne Máme za to, že odseky 4, 10, 11, 12, 13 by mali byť upravené v zákone č. 578/2004 Z. z. v rámci povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. | **O** | **ČA** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 20 ods. 1 zákona a súvisiaci § 24** Posledná veta znie: „Zamestnávateľ zasiela mesačný výkaz zdravotnej poisťovni výlučne elektronicky.“. Odôvodnenie: Opätovne navrhujeme, aby zamestnávatelia boli povinní zasielať mesačné výkazy výlučne elektronicky, už od jedného zamestnanca. Požadujeme to aj v súlade s politikou štátu na elektronizáciu služieb a rovnako aj po vzore úpravy komunikácie s finančnou správou (od 1.7.2018), keď všetci podnikatelia bez výnimky sú povinní komunikovať elektronicky zaviesť úplnú elektronizáciu aj v zdravotnom poistení. V neposlednom rade to pomôže platiteľom byť plne v súlade s GDPR. Podobne požadujeme výlučne elektronickú komunikáciu aj v § 24. | **Z** | **N** | nad rámec novely  Výlučná elektronická výmena údajov musí byť predmetom MPK a musí byť prerokovaná so zástupcami zamestnávateľov. |
| **DÔVERA** | **Bod 25 článku IV návrhu zákona** S navrhovaným znením nemožno súhlasiť a navrhujeme slová „ktorý vznikol z titulu vykázaného príjmu v mesačnom výkaze, ktorý zamestnávateľ nevyplatil zamestnancovi. Skutočnosť, že zamestnávateľ príjem nevyplatil preukazuje poistenec v odvolaní voči výkazu nedoplatkov podľa § 17a ods. 5,“ vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: Nie je zrejmé, akým spôsobom má poistenec preukazovať nevyplatenie mzdy a ktorý konkrétny „doklad“ bude jednoznačne akceptovateľný na preukázanie nevyplatenia mzdy. Dá sa preukázanie nevyplatenia mzdy stihnúť v lehote na podanie námietok? Napríklad ako sa píše v dôvodovej správe „výplata z garančného poistenia“ alebo „potvrdená prihláška do konkurzu“. Podľa dôvodovej správy (k bodom 24 až 26) sa píše: „Samotné preukazovanie nie je možné v zákone bližšie špecifikovať, vzhľadom k skutočnosti, že sa bude jednať pri každom takomto prípade o značne osobité konania.“ Je potrebné zaviazať úrad, aby v prípadných dohľadoch nemohol konštatovať, že poisťovňa porušila § 6 ods. 1 písm. t) zákona č. 581/2004 Z. z. (zdravotná poisťovňa „vykonáva ročné zúčtovanie poistného za predchádzajúci kalendárny rok za svojho poistenca, a ak mal poistenec zamestnávateľa, aj za tohto zamestnávateľa podľa osobitného zákona“) a ani porušenie § 6 ods. 1 písm. p) („vydáva výkaz nedoplatkov podľa osobitného zákona“), keďže ročné zúčtovanie sa vykonáva v termíne na to určenom z príjmov vykázaných a oznámených zamestnávateľom, preto ročné zúčtovanie je v čase jeho vykonania aj tohto titulu vykonané správne. Navyše voči výkazu nedoplatkov sa nepodáva odvolanie, ale námietka. Dovoľujeme si tiež uviesť, že sme obdobné pripomienky dávali už k návrhu vyhlášky, ktorá upravuje podrobnosti o vykonaní ročného zúčtovania, kedy sme sa pýtali: 1. Čo ak námietky poistenec nepodá? 2. Čo ak podá námietky po lehote? 3. Čo ak výkaz nedoplatkov neprevezme, ktorý neskôr nadobudne fikciou doručenia právoplatnosť a bude postúpený exekútorovi? Kto bude znášať trovy exekúcie? 4. Na vykonanie ročného zúčtovania poistného zdravotná poisťovňa použije v zmysle zákona údaje vykázané podľa § 20, oznámené podľa § 22 až 24 alebo oznámené podľa § 29b (§ 19 ods. 3). Uplatnenie námietkou zamestnancom zákon neupravuje. Navyše si dovoľujeme uviesť, že nevyplatený príjem nevie zdravotná poisťovňa relevantne preveriť. Takáto zmena si vyžiada nemalé úpravy v informačnom systéme zdravotných poisťovní, nakoľko bude vyžadovať preúčtovanie salda poistenca na zamestnávateľa, inak by zdravotná poisťovňa evidovala poistenca v zozname dlžníkov a tým by stratil nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti. Nejasné je aj to, že pri vykonaní ročného zúčtovania vychádza zdravotná poisťovňa z dostupných údajov. Tieto údaje sa však má dozvedieť až ex post, v námietke zamestnanca. V uvedenom prípade teda nemôže splniť pri vykonaní ročného zúčtovania podmienku uvedenú v zákone. V neposlednom rade si dovoľujeme uviesť, že platný zákon o zdravotných poisťovniach neukladá zdravotnej poisťovni kompetenciu preverovať nevyplatenie príjmu; nemá na to dané žiadne právomoci a už vôbec nie na riešenie vzniknutých sporov. | **Z** | **N** | Neuhradené poistné z dôvodu nevyplatenia plnenia zo strany zamestnávateľa nemôže byť pohľadávkou voči zamestnancovi, nakoľko v súlade s § 13 ods. 1 zákona vymeriavacím základom zamestnanca je plnenie poskytnuté zamestnávateľom zamestnancovi.  Zdravotná poisťovňa ako autonómny subjekt pri predpisovaní a uplatňovaní pohľadávok musí byť schopná posúdiť relevantnosť predkladaných dokladov a podľa nich rozhodnúť.  Slovo „odvolanie“ nahradené slovom „námietky“. |
| **DÔVERA** | **Ustanovenie § 11 ods. 1 písm. b)** S ohľadom na zmeny navrhované v odseku 12 navrhujeme vypustiť písmeno b) v celom rozsahu, nakoľko, ak sa navrhuje prechod na programové rozpočtovanie a nový spôsob zostavovania rozpočtu, v takom prípade stráca plán činnosti „s vlastným“ rozpočtovaním zmysel. | **O** | **N** | MFSR trvá na ponechaní. |
| **DÔVERA** | **Návrh vyhlášky k vedeniu čakacích zoznamov** Súčasťou predloženého návrhu zákona je aj súvisiaca vyhláška, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv. Napriek tomu, že návrh vyhlášky nie je v medzirezortnom pripomienkovom konaní, dovoľujeme si uplatniť zásadné pripomienky k tomuto návrhu už v rámci týchto pripomienok, aby sa následne mohol návrh vyhlášky upraviť. 1. Ustanovenie § 1 návrhu vyhlášky Ustanovenie návrhu § 1 nekorešponduje so splnomocňovacím ustanovením návrhu zákona (článok I, § 6aa). Súčasne zásadne nesúhlasíme s tým, aby tvorba výšky technických rezerv bola predmetom tejto vyhlášky. Podľa nášho názoru sa na tvorbu technických rezerv vzťahujú predpisy účtovníctva a opatrenia Ministerstva financií SR a minimálne by táto úprava mala byť s Ministerstvom financií SR konzultovaná. Ako účtovná jednotka je zdravotná poisťovňa povinná účtovať technické rezervy podľa uvedených právnych predpisov. Nie je žiaden dôvod, aby návrh vyhlášky určoval tú istú problematiku duplicitne a navyše menil definície a už zavedené pojmy. 2. Ustanovenie § 5 návrhu vyhlášky Navrhované znenie je nutné upraviť. Podzákonný predpis nemôže definovať, čo sa považuje za plánovanú zdravotnú starostlivosť, najmä pokiaľ je legálna definícia neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ktorú je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný oznámiť zdravotnej poisťovni a tá je povinná do 24 hodín ju potvrdiť. Súčasne máme za to, že vyhláškou nemožno riešiť „vyvinenie“ zo zákonnej povinnosti zabezpečiť úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti, na ktorú poistenec je zaradený v zozname čakajúcich poistencov; všetky tieto povinnosti musia byť uložené zákonom. 3. Ustanovenie § 6 a príloha č. 6 návrhu vyhlášky Navrhujeme vypustiť § 6 a prílohu č. 6 v celom rozsahu. Odôvodnenie je uvedené aj v bode 1. tejto časti pripomienok. Táto príloha nie je podstatná, niektoré články nesúvisia s vedením zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, t.z. že stačí doplniť v zákone odkaz na tvorbu technických rezerv v zmysle zákona o účtovníctve a následne usmernenia Ministerstva financií SR, alebo je možné v zákone doplniť, čo v postupoch účtovania chýba, avšak výlučne k zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Rozhodne nesúhlasíme s tým, aby boli technické rezervy upravené nad rámec a odlišne ako upravuje Ministerstvo financií SR, aby nedochádzalo k dezinterpretácii rovnakých skutočností. Podľa zákona o účtovníctve má každá účtovná jednotka účtovať tak, aby verne a pravdivo zohľadnila svoju finančnú situáciu a podľa týchto predpisov aj zostavovať a zverejňovať účtovnú závierku. Podľa tohto návrhu by zdravotná poisťovňa viedla dva druhy rezerv, podľa dvoch rôznych metodík? Akým spôsobom sa k tomu má potom postaviť audítor a kontrolné orgány? Súčasne si dovoľujeme uviesť, že niektoré pojmy v návrhu vyhlášky nie sú definované správne, resp. nie sú definované vôbec. Napr. automatizovaná tvorba technických rezerv alebo koeficient k1. Ako sme navrhli na inom mieste našich pripomienok, dátové rozhranie by mal určovať úrad metodikou a nie vyhláška, aby nebolo náročné ju v prípade potreby meniť. Pokiaľ pripomienka nie je akceptovateľná, navrhujeme, aby vyhlášku vydávalo Ministerstvo zdravotníctva SR v spolupráci s Ministerstvom financií. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **DÔVERA** | **Návrh vyhlášky k viacročným nákladovým skupinám** Súčasťou predloženého návrhu zákona je aj súvisiaca vyhláška, ktorou sa ustanovujú skupiny viacročných nákladových skupín a podmienky pre zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny. Napriek tomu, že návrh vyhlášky nie je v medzirezortnom pripomienkovom konaní, dovoľujeme si uplatniť zásadnú pripomienku k tomuto návrhu už v rámci týchto pripomienok, aby sa následne mohol návrh vyhlášky upraviť. K ustanoveniu § 1 si dovoľujeme uviesť, že zásadne nesúhlasíme so zavedením deviatich viacročných nákladových skupín. Navrhujeme, aby skupiny 2 a 3 boli úplne vypustené. Priemerný náklad poistencov zaradených do skupiny 2 bol menší, než je národný priemer. Skupina 3 je veľmi malou skupinou, čo pri malých pridaných nákladoch znamená, že je nevýznamná. Obidve tieto skupiny sú definované z nákladov len za dva alebo jeden rok, čo značne zhoršuje ich stabilitu. Preto je podľa nášho názoru validita skupín 2 a 3 otázna, ako to aj vyplynulo z odporúčaní poradcu Asociácie zdravotných poisťovní SR pre problematiku prerozdeľovania poistného. Súčasne si dovoľujeme navrhnúť, aby slovo „top“ bolo nahradené vhodným ekvivalentom v spisovnom slovenskom jazyku, vrátane pripojenej prílohy. | **O** | **A** | bude dohodnuté na pracovnej skupine |
| **DÔVERA** | **Článok III návrhu zákona**  V nadväznosti na doplnenie povinnosti zdravotnej poisťovne pripraviť, organizovať odosielať pozývacie listy, ktorými bude informovať o populačnom skríningu, ktorý sa má realizovať podľa definovaných kritérií populačným skríningovým programom podľa zákona č. 577/2004 Z. z. v platnom znení, navrhujeme, aby poskytovatelia zdravotnej starostlivosti mali v zákone rovnako zavedenú povinnosť určený populačný skríning realizovať, v rozsahu a za podmienok určených zákonom č. 577/2004 Z. z. v platnom znení a v zmluvách uzavretých so zdravotnými poisťovňami. Pokiaľ pri uvedenej aktivite nebudú poskytovať poskytovatelia zdravotnej starostlivosti potrebnú súčinnosť a vykonávať skríningy a preventívne prehliadky, celá povinnosť zdravotnej poisťovne skríningy organizovať sa stane zbytočným zákonným ustanovením. V tejto súvislosti si dovoľujeme tiež navrhnúť, aby sa návrhom zákona uložila povinnosť úradom verejného zdravotníctva, aby každoročne vyhodnocovali efektívnosť určených populačných skríningov a podľa výsledkov hodnotenia pravidelne prehodnocovali prínos a efektívnosť skríningu a neefektívne skríningy alebo skríningy bez prínosov vyraďovali z plánu štátnej zdravotnej politiky. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **DÔVERA** | **Bod 4. článku I návrhu zákona** V písmene ab) navrhujeme na začiatku slovo „organizuje“ nahradiť slovami „môže organizovať“ a vypustiť slovo „bezplatný“. Odôvodnenie: Navrhujeme, aby realizácia manažmentu pacienta bola možnosťou a nie povinnosťou zdravotnej poisťovne. Súčasne rozumieme, že zrejme návrhom má byť riešené, že poistenec nemá za manažment platiť. Avšak to neznamená, že celý manažment je bezplatný. Zdravotné poisťovne budú zaň uhrádzať úhradu poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ako aj prípadným iným zmluvným partnerom. Pokiaľ má byť dané iba to, že poistenec za manažment neplatí, navrhujeme, aby to bolo tak uvedené. Nakoľko aj poistenec v rámci manažovanej starostlivosti dopláca to, čo určujú jednotlivé zákony ako doplatky poistenca. V písmene ac) navrhujeme nasledujúce znenie: „ac) odosiela pozývacie listy alebo elektronickou formou informuje o populačnom skríningu16n) podľa pokynov koordinačného strediska pre populačný skríning16n).“. Poznámka pod čiarou k odkazu 16n) sa dopĺňa o odkaz na § 45 ods. 1 písm. al) zákona č. 576/2004 Z. z. Odôvodnenie: Navrhujeme upraviť písmeno ac) tak, aby obsahoval len nevyhnutný predpoklad pre vykonávanie zákonom definovaného populačného skríningu, ktorého potrebu nespochybňujeme. Databázu oslovovaných poistencov na základe parametrov z koordinačného centra Ministerstva zdravotníctva SR najflexibilnejšie pripravia zdravotné poisťovne. Takisto navrhujeme vypustiť časť o zasielaní materiálno-technického zabezpečenia, nakoľko toto je predmetom štátnej zdravotnej politiky (verejné zdravotníctvo) alebo poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich prípadných zmlúv so zdravotnou poisťovňou (tak ako je to dnes uvedené v prílohe č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., na ktorú sa znenie návrhu zákona odvoláva). | **O** | **ČA** | Pôvodný návrh bol rozšíriť možnosti poradenskej činnosti ZP vo vzťahu k svojim poistencom.  Diagnostiku a liečbu (konkrétnej choroby) pacienta by mal manažovať ošetrujúci lekár, ktorý je aj za túto činnosť v zmysle poskytovania zdravotnej starostlivosti „lege artis“ zodpovedný. Celkový prehľad o všetkých vykonaných ošetreniach a vyšetreniach pacienta by mal mať v dokumentácii všeobecný lekár.  Manažment pacienta je o všetkých ochoreniach, nielen o primárnej starostlivosti. Navyše nestačí dohodnúť len s PZS, je to o širších súvislostiach, je nutné zabezpečiť manažment ochorenia ako takého naprieč viacerými odbornosťami. Primárne sa týka zapojeného POI, ošetrujúci lekár VAS je obvykle rovnako zapájaný.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa ustanovenie vypustí v nadväznosti na pripomienky iných subjektov. |
| **DÔVERA** | **Bod 22 článku I návrhu zákona** Zásadne nesúhlasíme so zavedením správneho konania pri rozhodovaní o námietkach. Súčasne je potrebné nahradiť slová „o ktorých nerozhodla zdravotná poisťovňa“ slovami „ktorým nevyhovela zdravotná poisťovňa“. Odôvodnenie: Nesúhlas so zavedením správneho konania pri rozhodovaní o námietkach zo strany úradu je uvedený v inej časti pripomienok, k bodu 60 článku I návrhu zákona. Súčasne máme za to, že slová „o ktorých nerozhodla zdravotná poisťovňa“ nie je v súlade s článkom IV návrhu zákona, v ktorom sa uvádza, že o námietkach zdravotná poisťovňa nerozhoduje, ale ich posudzuje a buď im vyhovie alebo nie. | **Z** | **ČA** | V súčasnosti prebieha trojinštančné konanie o pohľadávke, úpravou sa dosiahne stav, keď úrad bude rozhodovať len o námietkach podaných voči výkazu nedoplatkov. Tým sa zvýši miera zodpovednosti zdravotnej poisťovne za správnosť údajov vo VN. Súčasná právna úprava je predmetom kritiky ombudsmana, prokuratúry.  Ustanovenie bolo prepracované v zmysle pripomienky. |
| **GPSR** | Bez pripomienok. | **O** |  |  |
| **MDaVSR** | **celému materiálu** bez pripomienok | **O** |  |  |
| **MFSR** | **K bodu 43 K (§ 43 ods. 5)** V navrhovanom znení odporúčam doplniť možnosť výkonu dohľadu aj na základe podnetu podaného zariadením sociálnej pomoci, pretože v súvislosti s výkonom dohľadu úradom sú v tomto ustanovení doplnené aj zariadenia sociálnej pomoci. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **MFSR** | **K čl. IV K bodu 46 (§ 27c)** 1. Odporúčam do návrhu doplniť, aká vzorka poistencov tvorí viacročnú nákladovú skupinu a tiež ako budú poistenci do týchto skupín zaraďovaní (v rámci akého rozpätia nákladov na zdravotnú starostlivosť), prípadne tieto skutočnosti upraviť vo vykonávacom právnom predpise. 2. Zároveň odporúčam do návrhu doplniť splnomocňovacie ustanovenie o vydaní vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR vzhľadom na to, že súčasťou predloženého materiálu je aj návrh vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú skupiny viacročných nákladových skupín a podmienky pre zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny. | **O** | **ČA**  **A** | Rozpätia nákladov budú upravené vo vykonávacom predpise, nebudú vytvárané vzorky poistencov, ale všetci poistenci v závislosti od nákladov budú mať priradenú práve jednu viacročnú nákladovú skupinu.  Splnomocnenie na vydanie vyhlášky je uvedené v čl. IV bod 52. – teraz 63. bod - V § 28 sa odsek 12 dopĺňa písmenom c), ktoré znie:  „c) zoznam viacročných nákladových skupín.“. |
| **MFSR** | **K čl. I K bodu 9 (§ 6aa)** 1. V súvislosti so znením odseku 21 upozorňujem, že efektívne hospodárenie s verejnými prostriedkami je vylúčené v prípade, ak ich použitie je viazané na dohodu medzi subjektami, ktoré majú v správe tieto verejné prostriedky alebo ktoré majú právo s nimi nakladať, ak sú vlastnené súkromným akcionárom, v niektorých prípadoch dokonca tým istým súkromným subjektom. Namiesto regulovaných cien, ktoré je štát oprávnený zaviesť v regulovaných sektoroch, akým je poskytovanie zdravotnej starostlivosti na náklady verejného zdravotného poistenia, postupujú tieto subjekty podľa zákona NR SR č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 18/1996 Z. z.“), podľa ktorého je cenou peňažná suma dohodnutá pri nákupe a predaji tovaru. Podotýkam, že zákon č. 18/1996 Z. z. nedefinuje pojem „obvyklá cena“ tak, ako ju obsahuje navrhované znenie. Platí však, že súčasťou ceny tovaru vymedzeného dohodnutými podmienkami môžu byť úplne alebo sčasti náklady na obstaranie, spracovanie, obeh tovaru a zisk, pričom primeraným ziskom zákon č. 18/1996 Zb. rozumie zisk vychádzajúci z vývoja obvyklého podielu zisku tuzemského tovaru na ekonomicky oprávnených nákladoch s prihliadnutím na kvalitu tovaru, obvyklé riziko výroby alebo obehu a vývoj dopytu na tuzemskom trhu. Navrhované znenie nezohľadňuje ani princíp, ktorým sa majú riadiť subjekty, ktoré nakladajú s verejnými prostriedkami a ktoré sú povinné pri ich používaní zachovávať hospodárnosť, efektívnosť a účinnosť použitia verejných prostriedkov. Na základe vyššie uvedeného žiadam o prehodnotenie znovuzavedenia cenového výmeru Ministerstva zdravotníctva SR za zdravotné výkony, ktorý sa uplatňoval do roku 2003 (v aktualizovanej podobe). Pripomínam, že navrhované znenie je v rozpore aj s úlohou vyplývajúcou z Programového vyhlásenia vlády SR na roky 2016 – 2020, podľa ktorého vláda pripraví pravidlá pre účelné vynakladanie verejných zdrojov, ktoré sa budú realizovať aj prostredníctvom obmedzenia zisku zdravotných poisťovní, a to v súlade s právom Európskej únie.  2. V odseku 21 poslednej vete žiadam vypustiť slová „a ceny obvyklej za poskytovanú zdravotnú starostlivosť“, pretože zmenou výpočtu tvorby technickej rezervy na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti je zbytočné navyšovať súčet sumárnych cien plánovanej zdravotnej starostlivosti z jednotlivých zoznamov ešte aj o obvyklú cenu za poskytovanú zdravotnú starostlivosť. | **Z** | **ČA**  **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MFSR** | **K čl. I K bodu 12 [(§ 11 ods. 1 písm. c)]** Je potrebné bližšie zdôvodniť predkladanie rozpočtu na príslušný kalendárny rok zdravotnou poisťovňou ministerstvu, Ministerstvu financií SR a úradu do 31. marca kalendárneho roka, keďže podľa § 14 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy vláda SR predkladá Národnej rade SR návrh rozpočtu verejnej správy do 15. októbra kalendárneho roka. | **O** | **N** | Dlhodobo platné ustanovenie, zdravotná poisťovňa keďže nemá ukončený rok, nevie predikovať výdavky na nasledujúci rok aj vzhľadom na nejasnosť v celkových príjmoch (platba štátu napríklad). |
| **MFSR** | **Všeobecne** Keďže v predloženom materiáli nie sú kvantifikované náklady na populačný skríning, ani očakávaný prínos pre zdravie poistencov a úspory na nákladnej liečbe, ktoré by mal skríning zabezpečiť včasným odhalením onkologických ochorení, žiadam v analýze vplyvov uviesť kvantifikáciu a) nákladov na jednotlivé skríningové programy, vrátane spôsobu výpočtu nákladov na základe očakávaného počtu výkonov a ich cien, b) prínosu pre zdravie pacienta (napríklad v podobe odvrátených úmrtí, dodatočných rokov života), c) prínosu v podobe úspory prostriedkov verejného zdravotného poistenia vďaka skoršiemu odhaleniu ochorení. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **MFSR** | **Všeobecne** Návrh je potrebné zosúladiť s prílohou č. 1 Legislatívnych pravidiel vlády SR (ďalej len „príloha LPV“) [napríklad názov návrhu zosúladiť s bodom 18 prílohy LPV, v čl. I bode 9 § 6aa ods. 19 vypustiť slovo „akýmkoľvek“ (2x) ako nadbytočné, v odseku 21 nahradiť slová „odseku 19 písm. c)“ slovami „odseku 20 písm. c)“, body 18, 33, 44, 55 a v čl. IV body 1 a 18 zosúladiť s bodom 35.2 prílohy LPV, v bode 36 § 20ca ods. 2 písm. a) a b) slová „e-mail“ nahradiť slovami „e-mailová adresa“]. | **O** | **A** |  |
| **MFSR** | **K čl. I K bodu 58 (§ 64 ods 8)** Odporúčam tento bod vypustiť, pretože súčasné lehoty na ukladanie pokút považujem za dostatočné. | **O** | **A** | Navrhuje sa predĺžiť prekluzívnu lehotu na uloženie sankcie úradom nakoľko plynutie, resp. uplynutie prekluzívnej lehoty môže znemožniť úradu sankcionovať konanie, ktorým subjekt dlhodobo alebo opakovane porušoval právne predpisy. Dôvodom je riešenie stále zložitejších prípadov, s viacerými dohliadanými subjektmi v rámci dohľadov, čo predlžuje lehotu výkonu dohľadu a znižuje možnosť na uloženie sankcie zo strany úradu |
| **MFSR** | **K čl. I K bodu 59 (§ 64 ods. 11)** Odporúčam tento bod vypustiť, pretože súčasné sankcie sú dostatočne odstrašujúce a navyše pokuty sú platené z príjmov zo zdravotného poistenia, pričom ukladaním vyšších pokút dôjde k znižovaniu prostriedkov určených na zdravotnú starostlivosť. | **O** | **A** |  |
| **MFSR** | **Nad rámec návrhu** Odporúčam zvážiť aj novelizáciu ustanovení § 50, prípadne § 64 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach a ustanoviť možnosť ukladania sankcií tretím osobám v nadväznosti na čl. I bod 50 § 46a návrhu, týkajúci sa súčinnosti tretích osôb. S ohľadom na navrhované znenie čl. I bodu 57 (§ 50 ods. 2) totiž môže úrad pri dohľade zistiť porušenie ustanovení o súčinnosti tretími osobami. | **O** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **MFSR** | **K čl. I K bodu 13 (§ 11 ods. 12)** Podľa odseku 12 zdravotná poisťovňa zostavuje rozpočet na príslušný kalendárny rok so zohľadnením rozpočtu s odkazom na zákon č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy, pričom z návrhu nie je zrejmé, aký rozpočet podľa zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy sa má pri zostavovaní návrhu rozpočtu zdravotnej poisťovne zohľadňovať. | **O** | **A** | ponechá sa súčasný stav, zdravotná poisťovňa bude predkladať výdavky ako podklad k rozpočtu v štruktúre dohodnutej navzájom |
| **MFSR** | **Všeobecne** Taktiež je potrebné upraviť účinnosť návrhu zákona, z dôvodu časového nesúladu vypustenia ustanovení v čl. I bode 5 § 6 ods. 2, 3, 5 až 11 a ich presunu do navrhovaného znenia v čl. I bodu 9 § 6aa. Ako vyplýva z účinnosti návrhu zákona vypustenie ustanovení má byť účinné k 1. novembru 2018, pričom navrhované znenie v čl. I bode 9 § 6aa, do ktorého sa vypustené ustanovenia prenášajú, má byť účinné od 1. januára 2020. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MFSR** | **K bodu 11 K (§ 9 ods. 12 a 13)** Upozorňujem, že nastavenie zmluvných vzťahov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti je záležitosťou týchto partnerov (vrátane prípadných zmluvných sankcií), pričom nepovažujem za vhodné administratívne zaviesť jednostranné sankcie za porušenie ich povinností, keďže takáto právna úprava by zvýhodňovala zdravotné poisťovne na úkor poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Odporúčam tento bod vypustiť. | **O** | **A** | **Navrhované znenie považujeme za správne, zákonné ukotvenie sankčného postihu má lepší prevenčný účinok pre PZS, zo strany PZS je viac akceptovateľný ako pri zmluvných rokovaniach a prispeje k väčšej vynútiteľnosti sankcií,**  **Po rokovaniach s inými subjektami vypustené.** |
| **MFSR** | **Nad rámec návrhu** Upozorňujem, že v čl. I (novela zákona o zdravotných poisťovniach) dochádza k presunu ustanovení týkajúcich sa úpravy čakacích zoznamov do nového ustanovenia (bod 9, § 6aa). Súčasťou presúvaných ustanovení je aj § 6 ods. 9, na ktorý odkazuje § 20 ods. 16 zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 595/2003 Z. z.“) pri daňovej uznateľnosti tvorby technických rezerv zdravotných poisťovní. Vzhľadom na uvedené je potrebné novelizovať aj zákon č. 595/2003 Z. z. a doplniť do návrhu nový čl. II, ktorý znie: „Čl. II Zákon č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení zákona č. 43/2004 Z. z., zákona č. 177/2004 Z. z., zákona č. 191/2004 Z. z., zákona č. 391/2004 Z. z., zákona č. 538/2004 Z. z., zákona č. 539/2004 Z. z., zákona č. 659/2004 Z. z., zákona č. 68/2005 Z. z., zákona č. 314/2005 Z. z., zákona č. 534/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z., zákona č. 688/2006 Z. z., zákona č. 76/2007 Z. z., zákona č. 209/2007 Z. z., zákona č. 519/2007 Z. z., zákona č. 530/2007 Z. z., zákona č. 561/2007 Z. z., zákona č. 621/2007 Z. z., zákona č. 653/2007 Z. z., zákona č. 168/2008 Z. z., zákona č. 465/2008 Z. z., zákona č. 514/2008 Z. z., zákona č. 563/2008 Z. z., zákona č. 567/2008 Z. z., zákona č. 60/2009 Z. z., zákona č. 184/2009 Z. z., zákona č. 185/2009 Z. z., zákona č. 504/2009 Z. z., zákona č. 563/2009 Z. z., zákona č. 374/2010 Z. z., zákona č. 548/2010 Z. z., zákona č. 129/2011 Z. z., zákona č. 231/2011 Z. z., zákona č. 250/2011 Z. z., zákona č. 331/2011 Z. z., zákona č. 362/2011 Z. z., zákona č. 406/2011 Z. z., zákona č. 547/2011 Z. z., zákona č. 548/2011 Z. z., zákona č. 69/2012 Z. z., uznesenia Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 188/2012 Z. z., zákona č. 189/2012 Z. z., zákona č. 252/2012 Z. z., zákona č. 288/2012 Z. z., zákona č. 395/2012 Z. z., zákona č. 70/2013 Z. z., zákona č. 135/2013 Z. z., zákona č. 318/2013 Z. z., zákona č. 463/2013 Z. z., zákona č. 180/2014 Z. z., zákona č. 183/2014 Z. z., zákona č. 333/2014 Z. z., zákona č. 364/2014 Z. z., zákona č. 371/2014 Z. z., zákona č. 25/2015 Z. z., zákona č. 61/2015 Z. z., zákona č. 62/2015 Z. z., zákona č. 79/2015 Z. z., zákona č. 140/2015 Z. z., zákona č. 176/2015 Z. z., zákona č. 253/2015 Z. z., zákona č. 361/2015 Z. z., zákona č. 375/2015 Z. z., zákona č. 378/2015 Z. z., zákona č. 389/2015 Z. z., zákona č. 437/2015 Z. z., zákona č. 440/2015 Z. z., zákona č. 341/2016 Z. z., zákona č. 264/2017 Z. z., zákona č. 279/2017 Z. z., zákona č. 335/2017 Z. z., zákona č. 344/2017 Z. z., zákona č. 57/2018 Z. z., zákona č. 63/2018 Z. z., zákona č. 112/2018 Z. z., zákona č. 213/2018 Z. z. a zákona č. .../2018 Z. z. sa mení takto: Poznámka pod čiarou k odkazu 102a znie: „102a) § 6aa ods. 20 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2018 Z. z.“. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MFSR** | **Všeobecne** V doložke vplyvov je potrebné zároveň uviesť, že v zmysle tohto návrhu môžu byť príjmy dosiahnuté aj z nových pokút, uložených za neplnenie zákonných povinností (čl. I body 58 a 59), ktorých výšku však nie je možné v súčasnosti kvantifikovať. | **O** | **A** |  |
| **MFSR** | **Všeobecne** V doložke vybraných vplyvov (ďalej len „doložka vplyvov“) sa konštatuje pozitívny vplyv, ako aj negatívny vplyv na rozpočet verejnej správy, ktorý bude čiastočne rozpočtovo zabezpečený. V Analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu (ďalej len „analýza vplyvov“) sú však kvantifikované len príjmy verejnej správy, výdavky ani rozpočtovo nezabezpečený vplyv nie je v analýze vplyvov uvedený. Upozorňujem, že v analýze vplyvov v tabuľke č. 1 celkové príjmy za rok 2021 nekorešpondujú s jednotlivými položkami, pretože nie je zohľadnený znížený výnos dane z príjmov vo výške 10,5 mil. eur; uvedené žiadam preto zosúladiť. V súvislosti s rozšírením čakacích zoznamov, kde sa predpokladá 5-násobné zvýšenie počtu čakajúcich pacientov, pre ktorých bude musieť zdravotná poisťovňa tvoriť technické rezervy, návrh predpokladá negatívny vplyv na rozpočet verejnej správy. Podľa vyjadrenia predkladateľa by sa zisk zdravotných poisťovní znížil o cca 50 mil. eur, čo zníži výnos dane z príjmu o cca 10,5 mil. eur. V analýze vplyvov je potrebné uviesť aj postup, ktorým bol stanovený očakávaný vplyv 10,5 mil. eur v roku 2021 na štátny rozpočet. Zároveň je potrebné v doložke vplyvov uviesť aj zdroje, z akých budú zdravotné poisťovne tieto technické rezervy tvoriť a tiež návrhy na úhradu znížených príjmov podľa § 33 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Z návrhu vyplývajú aj zvýšené administratívne výdavky zdravotných poisťovní, ktoré súvisia s úpravou zoznamov poistencov, výdavkami Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) súvisiacimi s vykonávaním prehliadok mŕtvych tiel a vzdelávaním prehliadajúcich lekárov, ako aj so zmenami z dôvodu prechodu rozhodovania o vymáhaní pohľadávok v prvom stupni z úradu výlučne na zdravotnú poisťovňu. Taktiež sa má podľa návrhu zdravotná poisťovňa a úrad podieľať na úhrade nákladov na správu prístupového bodu pre elektronickú výmenu dát s inými členskými štátmi Európskej únie a v Sociálnej poisťovni. V analýze vplyvov je potrebné zohľadniť aj tieto navrhované zmeny. Predpokladané výdavky vyplývajúce z návrhu žiadam zabezpečiť v rámci výdavkov dotknutých subjektov verejnej správy bez dodatočných požiadaviek na štátny rozpočet. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MFSR** | **K čl. I K bodu 62 (§ 85g ods. 12)** V navrhovanom znení je potrebné doplniť pravidlá započítavania pohľadávok štátu, teda spôsob, akým sa pohľadávky štátu podľa tohto ustanovenia môžu započítať (napríklad, či sa započítavajú jednostranne alebo dohodou, či je možné započítavať premlčané pohľadávky, prípadne nesplatné pohľadávky), keďže na započítanie pohľadávok štátu podľa navrhovaného ustanovenia sa nepoužijú ustanovenia osobitného predpisu. Zároveň je potrebné v poznámke pod čiarou k odkazu 98e citáciu „Zákon č. 278/1993 Z. z. v znení neskorších predpisov.“ nahradiť citáciou „§ 8 zákona č. 374/2014 Z. z. o pohľadávkach štátu a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“. | **O** | **ČA** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **MFSR** | **K čl. I K bodu 27 [( § 20 ods. 1 písm k)]** V písmene k) odporúčam definovať spôsob určenia najnižšej ceny na trhu z dôvodu jednoznačnosti a zrozumiteľnosti aj pre blízku osobu zomrelého, ktorej by mal úrad uhrádzať náklady, prípadne uviesť odkaz na príslušný právny predpis. | **O** | **A** | Úrad pri určení najnižšej ceny postupuje tým spôsobom, že uskutoční prieskum trhu, oslovením minimálne troch pohrebných služieb, na základe čoho stanoví najnižšiu cenu za daný prevoz.  doplnené |
| **MFSR** | **Všeobecne** V súvislosti s tvorbou technických rezerv zdravotnými poisťovňami (čl. I bod 9 § 6aa ods. 20) je potrebné analyzovať aj vplyv tvorby technických rezerv na hospodárenie Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Keďže v súvislosti s tzv. „zákazom zisku“ prebiehalo cca desať súdnych konaní (celková suma požadovaných kompenzácií v aktuálne prebiehajúcich sporoch je cca 560 mil. eur), je potrebné v súlade s uznesením vlády SR č. 272 zo 6. júna 2018 vypracovať aj ekonomickú (účtovnú) a právnu analýzu vplyvu tvorby nových technických rezerv (a ich následného rozpúšťania do výnosov) na vyplácaný zisk zdravotných poisťovní. Tiež je potrebné uviesť aj vplyvy na aktuálne prebiehajúce súdne spory a na splnenie úlohy z Programového vyhlásenia vlády SR, ktorá sa týka obmedzenia zisku zdravotných poisťovní. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MFSR** | **K čl. I K bodu 4[(§ 6 ods. 1 písm. ac)]**  Vo vzťahu k ustanoveniam týkajúcim sa skríningu odporúčam v celom návrhu dopracovať pravidlá, povinnosti a postupy súvisiace so zabezpečením realizácie skríningových programov. Napríklad v návrhu chýba úprava postavenia, práv a povinností poistenca vo vzťahu ku skríningu. | **O** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **MFSR** | **Všeobecne K čl. IV(novela zákona č. 580.2004 Z. z.)** Vzhľadom na skutočnosť, že navrhované znenie čl. IV upravuje aj poistencov štátu, žiadam doplniť tento článok o tieto novelizačné body: - V § 12 ods. 1 písm. b) sa za slovom „osobu“ čiarka nahrádza slovom „a“ a vypúšťajú sa slová „a poistenca štátu podľa § 11 ods. 7“ a za slovom „osoba“ sa čiarka nahrádza slovom „a“ a vypúšťajú sa slová „a poistenec štátu podľa § 11 ods. 7“. - V § 12 ods. 1 sa vypúšťa písmeno f). Doterajšie písmeno g) sa označuje ako písmeno f). - V § 12 ods. 1 písm. f) sa za slovom „osobu“ čiarka nahrádza slovom „a“ a vypúšťajú sa slová „a poistenca štátu podľa § 11 ods. 7“. - V § 13 sa vypúšťajú odseky 14 a 15. Doterajšie odseky 16 až 19 sa označujú ako odseky 14 až 17. - V § 15 sa odsek 1 dopĺňa písmenom f), ktorý znie: „f) X dňom kalendárneho mesiaca vo výške 1/12 ročnej sumy poistného plateného štátom, ak je platiteľom poistného štát; ročnú sumu poistného ustanovuje zákon o štátnom rozpočte na príslušný rozpočtový rok.“. - V § 15 ods. 4 sa na konci bodka nahrádza bodkočiarkou a pripájajú sa tieto slová: „to neplatí, ak je platiteľom poistného štát.“. - V § 16 ods. 2 písm. c) sa slová „odseku 16“ nahrádzajú slovami „odseku 15“. - V § 16 ods. 2 sa vypúšťa písmeno e). Doterajšie písmeno f) sa označuje ako písmeno e). - V § 16 ods. 2 písm. e) a § 16 ods. 8 písm. c) sa slová „[§ 12 ods. 1 písm. g)]“ nahrádzajú slovami „[§ 12 ods. 1 písm. f)]“. - V § 16 sa vypúšťa odsek 7. Doterajšie odseky 8 až 18 sa označujú ako odseky 7 až 17. - V § 16 ods. 12 sa slová „odseku 8“ nahrádzajú slovami „odseku 7“. - V § 16 ods. 14 sa slová „písm. f)“ nahrádzajú slovami „písm. e)“. - V § 16 ods. 15 sa slová „odsekoch 17 a 18“ nahrádzajú slovami „odsekoch 16 a 17“. - V § 17 sa vypúšťa odsek 9. - V § 19 ods. 1 písm. a) úvodnej vete sa slová „ods. 18“ nahrádzajú slovami „ods. 16“. - V § 19 ods. 1 písm. e) prvom bode sa slová „ods. 16 až 18“ nahrádzajú slovami „ods. 15 až 17“. - V § 19 sa vypúšťa odsek 19. Doterajšie odseky 20 až 23 sa označujú ako odseky 19 až 22. Poznámka pod čiarou k odkazu 52 sa vypúšťa. - V § 23 ods. 6 tretej vete sa slová „ods. 18“ nahrádzajú slovami „ods. 17“. - V § 23 ods. 15 sa slová „ods. 23“ nahrádzajú slovami „ods. 22“. - V § 24 písm. m) sa slová „ods. 16“ nahrádzajú slovami „ods. 15“. - V § 31 ods. 4 sa slová „ods. 8 písm. b) a c) a ods. 9“ nahrádzajú slovami „ods. 7 písm. b) a c) a ods. 8“. Zároveň žiadam v bode 58 doplniť nové prechodné ustanovenie v tomto znení: „(4) Pri platení poistného za poistenca štátu do 31. decembra 2018 sa postupuje podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. októbra 2018.“. Navrhuje sa, aby sa ročná suma poistného plateného štátom ustanovila zákonom o štátnom rozpočte na príslušný rozpočtový rok. Zároveň sa navrhuje, aby sa platenie preddavkov a ročné zúčtovanie poistného nevzťahovalo na poistné platené štátom. | **Z** | **N** | Za predpokladu, že štát bude určovať výšku poistného pevnou sumou v zákone o rozpočte, máme za to, že je potrebné vykonať úpravu § 11 ods. 8 zákona 580/2004 Z. z., ktorý vylučuje osoby za ktoré nie je štát platiteľom a ktoré sa dozvie štát až po vykonaní ročného zúčtovania preddavkov s platiteľmi. Zároveň by bolo potrebné upraviť aj ustanovenie § 29 b ods. 6, kde by sa aj MF SR predkladali údaje od vybraných subjektov.  Zásadným spôsobom by sa zmenil príjem zdravotných poisťovní, pretože v každom roku po zúčtovaní preddavkov za štát vznikne štátu nedoplatok.  Ministerstvo financií SR na rokovaniach ohľadom návrhu rozpočtu na rok 2019 prezentovalo zámer zrušenia pevne stanovenej sadzby za poistencov štátu a jej nahradenie formou dorovnávacej platby z MF SR do sumy predpokladaných výdavkov (potrieb) v sektore zdravotníctva.  Dovoľujeme si upozorniť na nasledovné riziká:  Obdobným spôsobom je riešené financovanie Sociálnej poisťovne (citácia zo zákona: V prípade platobnej neschopnosti niektorého zo základných fondov poskytne štát Sociálnej poisťovni finančnú výpomoc.)  Na rozdiel od Sociálnej poisťovne zdravotné poisťovne nespravujú fondy, ale priamo disponujú z poistným ako s vlastnými zdrojmi, s ktorými uhrádzajú zdravotnú starostlivosť. Vzhľadom k inak nastavenému systému (zdravotné poisťovne uzatvárajú zmluvy len do výšky výdavkov na úrovni predpokladaných príjmov). Zdravotné poisťovne v zmluvách prispôsobia objemy výdavkov očakávaným príjmom (pričom samozrejme bude dochádzať k ďalšiemu vnútornému zadlžovaniu sektora, nakoľko objemy zmlúv nebudú poskytovateľom postačovať).  Spolu so šetrením prostriedkov štátneho rozpočtu bude dochádzať k negatívnemu dopadu tejto zmeny na poskytovateľov a pacientov (zdravotné poisťovne sa situácii prispôsobia a upravia zmluvy tak, aby prerozdelili len to, čo bude k dispozícii).  V prípade úplného odpojenia platby štátu od poistencov štátu vznikne problém, ako zdroje z MF SR rozdeliť medzi zdravotné poisťovne (je možné rozdelenie napr. podľa počtu poistencov, alebo podľa percenta prídelu z prerozdelenia). Takáto zmena v sebe nesie ale aj riziko ďalších (aj súdnych) sporov s vlastníkmi súkromných zdravotných poisťovní, nakoľko reálne dochádza zásahom štátu k zmene predpokladaných očakávaní (čo môže byť vnímané ako zásah do vlastníckeho práva).  Pre zdravotné poisťovne by táto zmena znamenala výraznú komplikáciu pri tvorbe rozpočtov – nebude možné v čase tvorby rozpočtu určiť sumu na jedného poistenca štátu, čím je ohrozená ich základná povinnosť – uzatvárať zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a uhrádzať za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.  Poistné za poistencov štátu je adresná platba, ktorou štát platí poistné za konkrétne skupiny osôb s osobitným sociálnym statusom. Pretransformovanie tejto platby na neadresné dorovnanie potrieb je veľmi problematické a ťažko obhájiteľné predovšetkým z pohľadu dorovnávania potrieb súkromných zdravotných poisťovní, teda de facto transferu prostriedkov štátu do ich vlastníctva (ak navyše tieto subjekty budú následne dosahovať zisk).  Problematické je aj určenie parametrov, na základe ktorých sa bude stanovovať úroveň „objektívnej potreby“ v sektore zdravotníctva. V súčasnosti sú príjmy jednoznačne definované sadzbou poistného a objem zdrojov, ktoré do zdravotníctva smerujú tiež (v prípade mimoriadnej potreby – napr. pri legislatívnych zmenách – je táto riešená cez dočasné zvýšenie sadzby za poistencov štátu). V prípade zmeny a určovania „objektívnej potreby“ zdrojov vzniká problém kvantifikácie parametrov, od ktorých by sa táto potreba mala odvíjať.  Odborná verejnosť (lekári, lekárnici, sestry...) budú veľmi negatívne vnímať túto zmenu, ktorá bude mať za následok výrazné zníženie zdrojov v zdravotníctve. Navyše bude pomerne problematicky komunikovateľné, že nižšia platba štátu bude „kompenzovaná“ vyšším príjmom od ekonomicky aktívnych osôb (nakoľko tento príjem od ekonomicky aktívnych osôb by bol dosahovaný aj v prípade nezrušenia sadzby, čiže je sporné, či toto označiť za kompenzáciu).  Je tiež otázne, ako sa štát bude stavať k „dorovnávaniu potrieb“ pri zmene ekonomických podmienok. V súčasnosti pri raste ekonomiky rastú aj príjmy od ekonomicky aktívnych osôb a mala by rásť aj platba za poistencov štátu (nakoľko výrazne rastú aj daňové príjmy štátu).  Ak bude skutočne sadzba zo zákona vypustená je otázkou, ako sa „dorovnávanie potrieb“ bude riešiť v prípade možnej ekonomickej krízy (kedy príjmy od ekonomicky aktívnych poistencov klesnú – logicky by malo prísť teda k vyššiemu „dorovnaniu“ zo strany štátu – čo je však veľmi nepravdepodobné, nakoľko v čase krízy budú klesať aj daňové príjmy a štát jednoducho nebude mať odkiaľ získať potrebné zdroje navyše na dorovnanie). Z pohľadu financovania zdravotníctva je veľkým rizikom zrušenie sadzby a prechod na „dorovnávanie potrieb“.  V súčasnosti sa ale ako najväčší problém pri tejto zmene javia odlišné vlastnícke vzťahy (v porovnaní so sociálnym poistením) v sektore zdravotného poistenia; v prípade, ak neexistujú fondy zdravotného poistenia, v ktorých by sa nespotrebované prostriedky kumulovali (ale naopak, prostriedky ušetrené na zdravotnej starostlivosti sú definované ako zisk a vyplatené súkromných vlastníkom) je ťažké až nemožné vytvoriť mechanizmus „dorovnávania potrieb“.  **Nebránime sa a priori vytvoreniu takéhoto mechanizmu, ale z hľadiska logiky by mu mala určite predchádzať reforma verejného zdravotného poistenia, ktorá by zaviedla fondy zdravotného poistenia, spravované (nie vlastnené) zdravotnými poisťovňami. V prípade existencie takýchto fondov by bolo možné aj nastavenie dofinancovania v závislosti od reálnych potrieb týchto fondov zo strany MF SR bez existencie vyššie uvedených rizík.**  **Bez tejto zmeny (vlastníctvo poistného) sa zrušenie sadzby javí ako veľmi problematická zmena s výrazným negatívnym dopadom na MZ SR a výraznou negatívnou odozvou v odbornej obci.**  **Pokiaľ je skutočne politický záujem o zníženie zdrojov pre zdravotníctvo z rozpočtu (ktoré sú poskytované cez platbu poistencov štátu), potom do doby takejto komplexnej zmeny systému navrhujeme v rámci rokovaní o rozpočte nadefinovať výšku „objektívnej potreby“ a následne ju riešiť ako existujúcu platbu za poistencov štátu, t. j. zmena percenta poistného na príslušný kalendárny rok tak, aby nové percento zodpovedalo dohodnutej sume „objektívnej potreby“.**  Uvedený postup by predišiel vyššie uvedeným rizikám, predovšetkým sporov s vlastníkmi súkromných zdravotných poisťovní a negatívnej medializácii.  Samotné dočasné zníženie sadzby by potom mohlo byť smerom k odbornej verejnosti komunikované ako dočasné opatrenie, vzhľadom k predpokladanému nárastu zdrojov, pričom výška sadzby bude prehodnotená v priebehu roka podľa aktuálneho vývoja v príjmoch verejného zdravotného poistenia.  Trváme na tom, aby  v zákone zostali zachované mechanizmy, ktoré sa týkajú metodiky  vykazovania poistencov štátu ako aj vykonania ročného zúčtovania so štátom.  Tieto mechanizmy zabezpečujú transparentnosť celého procesu platenia poistného za poistencov štátu.  Ak nie sú **vopred známe pravidlá pre určenie platby za poistenca štátu,  nie je zrejmé, ako je plánované financovanie a úhrad poisteného za poistencov štátu. Nie je k dispozícií analýza vplyvov na verejné zdravotné poistenie. V prípade stanovenia platby poistencov štátu v zákone o štátnom rozpočte chýba garancia toho, že platba štátu bude reflektovať požiadavky, resp. potreby ostatných účastníkov systému zdravotného poistenia.**  **Zrušenie sadzby poisteného pre poistencov štátu považujeme za diskriminačné voči ostatným kategóriám platiteľov poistného, ktorí majú zákonom stanovenú sadzbu poistného. Rovnako sa obávame, že zmena má tendenciu presúvať záťaž financovania zdravotného systému na ekonomicky aktívne osoby, čo z dlhodobého hľadiska môže ohroziť udržateľnosť financovania systému VZP. Pre osoby so súbehom kategórií môže nový návrh dopadnúť tak, že za ne nakoniec nezaplatí poistné nikto, nárok na zdravotnú starostlivosť však budú mať rovnaký ako tí poistenci, ktorí poistné riadne platia.**  **Znetransparentnil by sa objem peňazí pre jednotlivé poisťovne, navýšila by sa neistota poisťovní, nakoľko na poistné by malo vplyv veľa parametrov (napr. miera nezamestnanosti). Jediné dáta, ktoré majú poisťovne (aj MZSR) k dispozícii, sú predikcie z MZSR. Vieme, že napríklad predikcia priemernej mzdy býva pravidelne nadhodnotená. Ak sa vypočíta úhrada štátu na základe takýchto predikcií, povedie to k nedostatku peňazí v systéme. Systém, v ktorom sa úhrada pripadajúca na jedného štátneho poistenca môže „náhodne“ meniť z roka na rok bez akýchkoľvek pravidiel, nie je stabilný pre podnikanie.**  **Pri tvorbe rozpočtov a dlhodobých finančných plánov by došlo k prenosu rizika z ministerstva na poisťovne, avšak poisťovne nemajú k dispozícií dostatok spoľahlivých dát pre tvorbu takýchto rozpočtov, napr. o pohybe ekonomiky. Navyše, poisťovne majú oveľa nižší potenciál absorbovať riziko: zdroje od štátu tvoria cca polovicu prostriedkov, s ktorými zdravotná poisťovňa hospodári, naproti tomu pre štát je platba poisťovniam len zlomkom štátneho rozpočtu.**  **Bez vopred stanovených pravidiel pre určenie platieb štátu, bez finančnej analýzy, aký vplyv by mala prípadná zmena na financovanie systému verejného zdravotného poistenia, považujeme navrhovanú úpravu za nedôslednú, unáhlenú a nesystémovú** |
| **MFSR** | **Všeobecne** Žiadam o zdôvodnenie a kvantifikáciu návrhu, podľa ktorého poistencom vzniká nárok na úhradu plánovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou u nezmluvných poskytovateľov, prípadne v členských štátoch Európskej únie, ak zdravotná poisťovňa túto starostlivosť nie je schopná zabezpečiť a uhradiť do 12 mesiacov od indikácie. V tejto súvislosti upozorňujem, že a) možno očakávať zvýšenie objemu čerpanej zdravotnej starostlivosti (poistenci, ktorí by inak čakali, ju dostanú) a rast nákladov zdravotných poisťovní, b) čerpanie zdravotnej starostlivosti v členských štátoch Európskej únie môže byť výrazne nákladnejšie ako porovnateľná starostlivosť u zmluvných poskytovateľov. V súvislosti s uvedeným je preto potrebné v analýze vplyvov kvantifikovať predpokladaný vplyv tohto opatrenia a konkrétne uviesť a) počet poistencov, ktorí na zdravotnú starostlivosť čakajú dlhšie ako 12 mesiacov, špecifikovať ich diagnózy a náklady na ich liečbu v Slovenskej republike, b) predpokladaný ročný počet poistencov, ktorí využijú možnosť čerpania zdravotnej starostlivosti v zahraničí, c) najčastejšie diagnózy ošetrované v zahraničí, d) štáty, v ktorých bude zdravotná starostlivosť najčastejšie čerpaná a priemerné náklady na liečenie najčastejších diagnóz. | **Z** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MFSR** | **K bodu 8 K [( § 6 ods 4 písm. j)]** Žiadam tento bod vypustiť. Nesúhlasím, aby boli verejné prostriedky primárne určené na úhradu zdravotnej starostlivosti použité na financovanie súkromných aktivít zdravotných poisťovní (členstva v záujmových organizáciách). | **Z** | **A** | Spolupráca zdravotných poisťovní vyplýva zo zákona 581/2004 Z. z. a je nevyhnutá pri riešení konkrétnych situácií poistencov pri zmene zdravotnej poisťovne a pri riešení iných situácií vyplývajúcich z legislatívy (napr. GDPR). Je preto potrebné k riešeniu týchto problémov mať legitímnu platformu, ktorou je záujmová organizácia. Nakoľko príspevok na jej činnosť by bol hradený výlučne z prevádzkových prostriedkov, finančné prostriedky určené na úhradu zdravotnej starostlivosti tým nie sú nijako dotknuté  **Asociácia zdravotných poisťovní v poslednom období výrazne prispela k efektívnej spolupráci jednak medzi ZP navzájom, ako aj medzi ZP a inými orgánmi verejnej správy, napr. pri zavádzaní DRG. Združovanie ZP v asociácií za účelom obhajoby ich záujmov a záujmov systému VZP považujeme za legitímne a oprávnene. Vzhľadom na to, že aj PZS, ktorí sú financovaní z prostriedkov verejného zdravotného poistenia, prispievajú na fungovanie svojich záujmových združení, paralelne považujeme možnosť finančne prispievať na chod AZP za legitímnu požiadavku.**  po rokovaniach, ustanovenie vypustené |
| **MHSR** | **Doložke vybraných vplyvov** Žiadame predkladateľa, aby predložil materiál na záverečné posúdenie vybraných vplyvov Stálej pracovnej komisie Legislatívnej rady vlády SR na posudzovanie vybraných vplyvov po medzirezortnom pripomienkovom konaní a pred jeho predložením na rokovanie vlády SR. Odôvodnenie: Podľa bodu 7.1. Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov sa predbežné pripomienkové konanie (PPK) vykonáva pred medzirezortným pripomienkovým konaním (MPK) v prípade materiálov legislatívneho charakteru aj nelegislatívneho charakteru, v ktorých predkladateľ identifikoval niektorý z vybraných vplyvov. Vzhľadom na fakt, že predkladateľ predložil materiál súbežne na PPK aj MPK porušil proces podľa Jednotnej metodiky. Materiál je po skončení medzirezortného pripomienkového konania a vyhodnotení pripomienok potrebné zaslať na záverečné posúdenie vybraných vplyvov na adresu dolozka@mhsr.sk. | **Z** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 17** Bod 17 odporúčame presunúť za bod 19. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 22** Bod 22 odporúčame buď vypustiť alebo upraviť takto: "V § 18 ods. 2 sa za slová "písomnej žiadosti" vkladá čiarka a slová "ktorá je v listinnej alebo elektronickej podobe,".". Odôvodnenie: Rozlišujeme písomnú a ústnu formu. Žiadosť v písomnej forme môže byť podaná v listinnej alebo elektronickej podobe. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 23**  Bod 23 odporúčame upraviť takto: "V § 18 ods. 3 prvej vete sa slová "písomnej..." nahrádzajú slovami "písomnej žiadosti, ktorá je v listinnej alebo elektronickej podobe, osoby uvedenej v § 11 ods. 1 písm. a) až c)".". Odôvodnenie: Rozlišujeme písomnú a ústnu formu. Žiadosť v písomnej forme môže byť podaná v listinnej alebo elektronickej podobe. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 7**  Bodku za slovom "skríning" odporúčame nahradiť čiarkou. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 18**  Na konci novelizačného bodu odporúčame doplniť bodku. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. IV body 36 a 40**  Na konci novelizačných bodov odporúčame doplniť bodku. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. V** Na konci vety odporúčame vypustiť úvodzovky a bodku. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 21** Odkaz 35ce odporúčame nahradiť odkazom 35ca. V poznámke pod čiarou k odkazu 35ca odporúčame uviesť právne predpisy pod seba, pretože ide o taxatívny výpočet. | **O** | **ČA** | Posledné dve vety boli vypustené vzhľadom na pripomienku UOOU. |
| **MKSR** | **Čl. I bod 6**  Odporúčame vypustiť slovo "(novooznačenom)". Táto pripomienka platí aj pre čl. I body 7, 8 a 44. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 63**  Odsek 1 odporúčame upraviť napríklad takto: "(1) Konania podľa § 77a v znení účinnom do 31. októbra 2018 začaté a neukončené pred účinnosťou tohto zákona, sa dokončia podľa doterajších predpisov.". | **O** | **ČA** | posunutá účinnosť |
| **MKSR** | **Čl. III bod 2**  Písmeno c) odporúčame upraviť napríklad takto: "c) dodržiavať poradie poistencov v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej staroslivosti58a) (ďalej len "zoznam"), ak zdravotná poisťovňa zoznam vytvorila a dodržiavať povinnosti podľa osobitného predpisu58a) pri navrhovaní...". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 8**  Písmeno j) odporúčame nahradiť písmenom h). | **O** | **N** | ustanovenie bolo vypustené |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 3** Pred slovo "ktoré" odporúčame vložiť čiarku a v poznámke pod čiarou k odkazu 8aab vypustiť slová "v znení zákon č. 75/2013 Z. z.". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 18**  Pred slovo "vyplatených" odporúčame vložiť spojkou "a" a za slovo "úhradách" vložiť čiarku. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 19**  Pred slovo "výšku" odporúčame vložiť spojku "a". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 19** Predložku "v" odporúčame uviesť s veľkým písmenom a za slovo "osoby" odporúčame vložiť namiesto navrhovaných slov slová "alebo názvu, sídla a identifikačného čísla právnickej osoby, ak je pridelené". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. II bod 1**  Prvú vetu odseku 34 odporúčame upraviť napríklad takto: "Populačný skríning je organizovaný, kontinuálny a vyhodnocovaný spôsob zachytávania zhubných nádorov alebo iných ochorení vo včasnom štádiu cieleným a špecifickým prístupom spočívajúcim vo vyhľadávaní...". Druhú vetu odporúčame upraviť tak, aby nadväzovala na prvú vetu. Výraz "skríningový program" nie je zadefinovaný. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **MKSR** | **Čl. I bod 54** Slová "na to určený" v druhej vete odporúčame nahradiť slovami "určený na preverenie". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 9**  Slová "podľa osobitného predpisu21)" odporúčame presunúť pred slová "touto fyzickou osobou". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 56** Slová "pre účely" odporúčame nahradiť slovami "na účely" a pred slová "ďalšie účely" odporúčame vložiť slovo "na". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 4**  Slová "telefón a e-mail" odporúčame nahradiť slovami "telefónne číslo a e-mailová adresa" a čiarku za slovom "poskytnutím" odporúčame vypustiť. | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 62**  Upozorňujeme na nesprávny vnútorný odkaz na § 8 ods. 17 | **O** | **A** | vypustené |
| **MKSR** | **Čl. I bod 57** Upozorňujeme, že podľa navrhnutého znenia by bolo možné sankcionovať poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za porušenie povinností tretích osôb (§ 46a), ale skôr ide asi o nedorozumenie, lebo sankcia podľa § 50 ods. 2 sa ukladá poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a povinnosť poskytovať súčinnosť podľa § 46a osobe oprávnenej na výkon dohľadu sa ukladá tretím osobám. Preto asi nebude vhodné ukladať sankcie poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti za niečo, čo on nie je povinný vykonať. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 21**  V § 17c odporúčame upraviť znenie odseku 1. V písmene a) napríklad vložiť za slová "o potvrdení vyrovnania dlhu dlžníkom" slová "na základe ktorého". Písmeno b) gramaticky nenadväzuje na úvodnú vetu odseku 1. V odseku 4 a 5 odporúčame vložiť čiarku pred slová "voči ktorej". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 9** V § 6aa ods. 4 predposlednom riadku odporúčame nahradiť slovo "darca" slovom "darcu", v odseku 8 písm. a) odporúčame vypustiť jednu čiarku za slovom "výkonu", v odseku 11 upozorňujeme, že znenie písmena d) nenadväzuje na úvodnú vetu odseku 11, v odseku 15 nahradiť vnútorný odkaz 13 odkazom 14, v odseku 17 písm. b) vložiť čiarku za slovom "Európskej únie", v odseku 19 vložiť čiarku pred slová "a to", v odseku 21 prvom riadku vypustiť slová "a d)" a v treťom riadku nahradiť vnútorný odkaz na odsek 19 odkazom na odsek 20, v odseku 23 odporúčame upraviť písmeno a) napríklad takto: "a) vymedzenie plánovanej zdravotnej starostlivosti," alebo "a) charakteristiku plánovanej zdravotnej starostlivosti,". | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MKSR** | **Čl. I bod 60**  V § 77a ods. 3 odporúčame nahradiť slovo "platitelia" slovom "platiteľa" a v odseku 5 slová "nedoplní konanie" slovami "nepredloží požadované doklady". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 22**  V bode 4 odporúčame vložiť za slová "nesúhlasnom stanovisku" slová "poistenca alebo". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 30**  V odseku 1 písm. h) odporúčame nahradiť slová "§ 20b ods. 3 a 4" slovami "odsekov 3 a 4" a v odseku 4 úvodnej vete vložiť za slovo "úradu" slovo "tieto". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 36**  V odseku 12 je použitý odkaz 41f. Odporúčame upraviť poznámku pod čiarou k tomuto odkazu. V odseku 13 odporúčame nahradiť výraz "groupera" iným vhodným výrazom v štátnom jazyku. | **O** | **A** | poznámka pod čiarou aktualizovaná |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 53** V odseku 5 písm. a) odporúčame nahradiť slovo "skupine" slovom "skupiny". | **O** | **N** | v súčasnosti uvedená gramatická forma je správna |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 54**  V odseku 6 písm. a) odporúčame nahradiť slovo "skupine" slovom "skupiny". | **O** | **N** | v súčasnosti uvedená gramatická forma je správna |
| **MKSR** | **Čl. I bod 26** V písmene v) odporúčame nahradiť slová "zdravotné poisťovne hradia" slovami "úrad hradí". V písmene w) odporúčame nahradiť slová "pre účely" slovami "na účely". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. IV bod 25**  V poslednom riadku odporúčame nahradiť slovo "odvolaní" slovom "námietkach". | **O** | **A** |  |
| **MKSR** | **Čl. I bod 32**  V úvodnej vete tohto novelizačného bodu odporúčame nahradiť slovo "ods." slovom "odsek". | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 17** Novelizačný bod odporúčame umiestniť za novelizačný bod 19. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. IV bodu 21** Odporúčame doplniť text kvôli nezrozumiteľnosti. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 18** Odporúčame nasledovné znenie novelizačného bodu: „18. V § 16 ods. 2 písm. b) sa spojka „a“ nahrádza čiarkou a na konci sa pripájajú slová „vyplatených paušálnych úhradách“.“. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 19** Odporúčame nasledovné znenie novelizačného bodu: „19. V § 16 ods. 2 písm. d) sa za slovo „starostlivosť“ vkladá čiarka a slová „výšku paušálnej úhrady“.“. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 25** Odporúčame nasledovné znenie novelizačného bodu: „25. V 18 ods. 1 písm. r) druhom bode sa slová „a c)“ nahrádzajú slovami „až d)“.“. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 21** Odporúčame vypustiť druhú vetu z dôvodu nadbytočnosti. Slovo „uplynie“ v štvrtej vete odporúčame nahradiť slovom „nastane“. Piatu vetu odporúčame aj s obsolentným odkazom 35ce) vypustiť. Ak bude zdravotná poisťovňa v postavení prevádzkovateľa, bude povinná splniť si informačnú povinnosť voči dotknutým osobám v zmysle novej právnej úpravy v oblasti ochrany osobných údajov. S ohľadom na to odporúčame vypustiť aj slová „a informovania“ z tretej vety. V poznámke pod čiarou k odkazu 35ca) odporúčame na konci doplniť slová (všeobecné nariadenie o ochrane údajov). | **O** | **ČA** | Ustanovenie prepracované v zmysle pripomienok UOOU. |
| **MOSR** | **K čl. IV bodu 24**  Odporúčame vypustiť slová „sa v“. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 6** Odporúčame vypustiť slovo „(novooznačenom)“. Uvedené sa primerane vzťahuje aj na novelizačné body 7,8 a 44. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 36** Odsek 13 odporúčame upraviť s ohľadom na čl. 6 ods. 6 Legislatívnych pravidiel vlády Slovenskej republiky. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 9** V odseku 19 odporúčame slová „to do najneskôr“ nahradiť slovami „to najneskôr“. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 9** V odseku 21 odporúčame vypustiť slová „a d)“. | **O** | **A** |  |
| **MOSR** | **K čl. I bodu 60** V odseku 3 odporúčame slovo „platitelia“ nahradiť slovom „platiteľa“. | **O** |  |  |
| **MPSVRSR** | **K hodnoteniu sociálnych vplyvov a k analýze sociálnych vplyvov** Analýzu sociálnych vplyvov je potrebné vypracovať tak, aby z nej bolo zrejmé, aké konkrétne opatrenia so sociálnymi vplyvmi (ich kvalitatívne a kvantitatívne zhodnotenie) predmetný návrh zákona obsahuje, a to v porovnaní so súčasným stavom. V tejto súvislosti je potrebné doplniť a upraviť predložené hodnotenie v bode 4.2 analýzy sociálnych vplyvov. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia, ktoré mohli mať sociálne vplyvy, sa vypúšťajú. |
| **MPSVRSR** | **K Čl. I bodom 15 a 26** Odporúčame v Čl. I bode 15 navrhovanom ustanovení § 15 ods. 1 písm. ah) a v Čl. I bode 26 navrhovanom ustanovení § 18 ods. 1 písm. v) vypustiť slová „na základe zmluvy uzatvorenej so zdravotnými poisťovňami, úradom, Sociálnou poisťovňou, Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, Úradom práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky“. Odôvodnenie: Považujeme za nadbytočné odkazovať na dohodu, závery z ktorej sú upravené v navrhovanom ustanovení návrhu zákona. Zároveň, v texte navrhovanom predkladateľom je nesprávne uvedené, že ide o zmluvu uzatvorenú okrem iných s Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, správne má ísť o Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny, čo je jednoznačne uvedené aj v osobitnej časti dôvodovej správy k Čl. I bodom 15 a 26. | **O** | **A** |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. II nad rámec návrhu** Odporúčame v čl. II za novelizačný bod 1 vložiť nový novelizačný bod 2, ktorý znie: „2. V § 10a ods. 7 sa na konci pripája táto veta: „Zariadenia sociálnej pomoci podľa odseku 1 môžu postupovať podľa prvej vety; návrh na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnej pomoci vypracuje zamestnanec, ktorý spĺňa podmienky na výkon zdravotníckeho povolania podľa odseku 1.“.“. Nasledujúci novelizačný bod je potrebné prečíslovať. Odôvodnenie: Zariadenie sociálnej pomoci môže poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť, ak ju poskytujú zamestnanci, ktorí spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania podľa § 31 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Povinnosť zariadeniu sociálnej pomoci mať zodpovednú osobu, ktorá spĺňa podmienky podľa § 10a zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov vzniká, ak chce zariadenie sociálnej pomoci uzatvoriť zmluvu so zdravotnou poisťovňou. Z vyššie uvedeného vyplýva, že zariadenie sociálnej pomoci, ktoré nemá ambíciu uzatvoriť zmluvu so zdravotnou poisťovňou nemusí mať zodpovednú osobu. Avšak za účelom zabezpečenia poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v súlade so štandardnými diagnostickými postupmi, štandardnými terapeutickými postupmi a správneho vypracovania plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné, aby zariadenia sociálnej pomoci upravené v ustanovení § 10a ods. 1 mohli postupovať podľa indikačných kritérií na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci. | **O** | **A** |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. I bodu 15** Odporúčame v Čl. I bode 15 navrhovanom ustanovení § 15 ods. 1 písm. ah) slová „ktorým je Sociálna poisťovňa (ďalej len „prístupový bod“),“ nahradiť slovami „(ďalej len „prístupový bod“)“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Sociálna poisťovňa plní úlohu prístupového bodu podľa § 120 ods. 5 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení. Túto skutočnosť nie je potrebné uvádzať v zákone č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov. | **O** | **A** |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. I bodu 26** Odporúčame v Čl. I bode 26 navrhovanom ustanovení § 18 ods. 1 písm. v) vypustiť slová „pre elektronickú výmenu dát s inými členskými štátmi podľa osobitného predpisu41aaa)“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Odporúčame v § 18 ods. 1 písm. v) použiť legislatívnu skratku „prístupový bod“, ktorá je zavedená v Čl. I bode 15 navrhovanom § 15 ods. 1 písm. ah). | **O** | **A** |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. IV bodu 8** Odporúčame v Čl. IV bode 8 navrhovanom ustanovení § 11 ods. 7 písm. j) doplniť podmienky pre platenie poistného štátom na verejné zdravotné poistenie len za jednu starajúcu sa osobu a to nielen o starostlivosť o to isté dieťa, ale aj o sledovanie splnenia tejto podmienky v tom istom (v rovnakom) čase. Tým by sa zamedzil výklad ustanovenia, v zmysle ktorého by štát platil poistné na verejné zdravotné poistenie len za jedného poistenca a to aj v prípade, že sa stará každá z týchto osôb síce o to isté dieťa ale v inom čase. | **O** | **N** | súčasné znenie nevylučuje, aby v čase dochádzalo k zmene tejto osoby; nie je umožnené len súbežné platenie poistného za 2 a viac osôb pri jednom a tom istom dieťati |
| **MPSVRSR** | **K Čl. IV bodu 57** Odporúčame v Čl. IV vypustiť novelizačný bod 57. Odôvodnenie: V Čl. IV bode 57 sa navrhovaným ustanovením § 29b ods. 19 písm. g) zakladá povinnosť Sociálnej poisťovne oznamovať určený rozsah údajov o nezaopatrených deťoch zdravotným poisťovniam. Podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení nevyplýva Sociálnej poisťovni povinnosť vytvárať databázu (register) nezaopatrených detí. Definícia nezaopatreného dieťaťa je podľa zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení definovaná širšie ako je definovaná v zákone č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, ktorý definuje nezaopatrené dieťa a sústavnú prípravu na povolanie v nadväznosti na podmienky nároku na pozostalostné dôchodky a úrazové dávky. Sociálna poisťovňa nemá dôvod viesť register osôb, ktoré spĺňajú podmienky nezaopatrenosti vo všeobecnosti a už vôbec nie v rozsahu, v ktorom by ich mala poskytovať zdravotným poisťovniam (začiatok a koniec). Sociálna poisťovňa sleduje splnenie podmienky nezaopatrenosti k určitému dňu alebo obdobiu, v ktorom sa má poskytovať napr. pozostalostná dôchodková dávka naviazaná na nezaopatrenosť pozostalého dieťaťa. | **O** | **A** |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. IV nad rámec návrhu** Odporúčame v Čl. IV za novelizačný bod 8 vložiť nový novelizačný bod 9, ktorý znie: „9. V § 11 ods. 7 písmeno n) znie: „n) fyzickú osobu, ktorá poberá pomoc v hmotnej núdzi a fyzickú osobu, ktorá je členom domácnosti, ktorej sa poskytuje pomoc v hmotnej núdzi podľa osobitného predpisu,45)“. Poznámka pod čiarou k odkazu 45 znie: „45) Zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“.“. Nasledujúce novelizačné body je potrebné prečíslovať. Odôvodnenie: Od 1. januára 2014 nadobudol účinnosť zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý zaviedol pojem „pomoc v hmotnej núdzi“ a nahradil ním pojem „dávka v hmotnej núdzi a príspevok k dávke v hmotnej núdzi“ alebo „dávka v hmotnej núdzi a príspevky k dávke v hmotnej núdzi“. | **O** | **A** |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. I bodom 5 až 8** Odporúčame z dôvodu nezrozumiteľnosti upraviť novelizačné body 5 až 8 v súlade s Legislatívnymi pravidlami vlády Slovenskej republiky. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. | **O** | **A** |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. IV nad rámec návrhu** Považujeme za potrebné v zákone č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov upraviť, že za dieťa, ktoré je umiestnené v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately na základe rozhodnutia súdu môže zmeniť zdravotnú poisťovňu výlučne štatutárny zástupca zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a rodiny. Odôvodnenie: Ak je dieťa umiestnené v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (detský domov, krízové stredisko, resocializačné stredisko) na základe rozhodnutia súdu je toto zariadenie zo zákona povinné zabezpečiť zdravotnú starostlivosť dieťaťu. V praxi sa stáva, že rodič/zákonný zástupca dieťaťa, ktorému súd odňal z osobnej starostlivosti dieťa na základe rozhodnutia bez vedomia dieťaťa a zariadenia zmení zdravotnú poisťovňu dieťaťu, čo následne spôsobuje zariadeniu problémy so zabezpečením zdravotnej starostlivosti dieťaťu. | **O** | **N** | nad rámec rozsahu novely  Uvedené je potrebné riešiť, avšak problémom je skôr zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a rozsah rodičovských práv a práv osoby, ktorým je dieťa zverené (zastupovanie v bežných veciach). Riešením by bolo v zákone o rodine označiť tieto činnosti ako bežné veci. |
| **MPSVRSR** | **K doložke vybraných vplyvov** Predložený materiál nebol napriek identifikácii vybraných vplyvov predmetom riadneho predbežného pripomienkového konania, čím nebol dodržaný záväzný postup podľa Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov schválenej uznesením vlády Slovenskej republiky. | **O** | **A** |  |
| **MPSVRSR** | **K hodnoteniu sociálnych vplyvov a k analýze sociálnych vplyvov** Predložený návrh zákona predpokladá aj negatívne sociálne vplyvy týkajúce sa bodu 4.1 analýzy sociálnych vplyvov – vplyvy na hospodárenie dotknutých domácností; ako sme uviedli aj v našej pripomienke týkajúcej sa predloženého návrhu na zúženie okruhu osôb - poistencov štátu z titulu vykonávania osobnej asistencie. Tieto vplyvy je potrebné v súlade s Jednotnou metodikou na posudzovanie vybraných vplyvov označiť v bode 9 doložky vybraných vplyvov a v súlade s Metodickým postupom pre analýzu sociálnych vplyvov (príloha č. 4 Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov) zhodnotiť v bode 4.1 analýzy sociálnych vplyvov. | **O** | **ČA** | zmeny v určení okruhu osôb – osobných asistentov -– z návrhu novely zákona vypustené |
| **MPSVRSR** | **K doložke vybraných vplyvov** Upozorňujeme predkladateľa na bod 9.2. Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov, podľa ktorého sa na záverečné posúdenie vybraných vplyvov po medzirezortnom pripomienkovom konaní predkladajú Stálej pracovnej komisii Legislatívnej rady vlády Slovenskej republiky na posudzovanie vybraných vplyvov pri Ministerstve hospodárstva Slovenskej republiky materiály, ktoré majú identifikovaný niektorý z vybraných vplyvov, a ktorých vybrané vplyvy sa významne zmenili podľa výsledkov medzirezortného pripomienkového konania alebo podľa výsledkov medzirezortného pripomienkového konania bola zmenená aspoň jedna z analýz vplyvov. | **O** | **A** | materiál bude predložený komisii |
| **MPSVRSR** | **K Čl. I bodu 26** Odporúčame v Čl. I bode 26 navrhovanom ustanovení § 18 ods. 1 písm. v) za slovami „Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky“ vypustiť bodkočiarku a slová „zdravotné poisťovne hradia náklady za prijaté a odoslané správy cez systém elektronickej výmeny dát v kalendárnom roku v sume a spôsobom určeným vykonávacím predpisom, ktorý vydá po dohode s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky ministerstvo zdravotníctva“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Ide o duplicitné splnomocňovacie ustanovenie vo vzťahu k v Čl. I bode 15 navrhovanému ustanoveniu § 15 ods. 1 písm. ah). | **O** | **ČA** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú. |
| **MPSVRSR** | **K § 2 návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú skupiny viacročných nákladových skupín a podmienky pre zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny**  Odporúčame v návrhu vyhlášky upraviť ustanovenie o účinnosti vyhlášky. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. | **O** | **A** |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. IV bodu 9** Predkladateľom v Čl. IV bode 9 navrhované znenie § 11 ods. 7 písm. u) mení okruh fyzických osôb, za ktorých štát platí zdravotné poistenie tak, že podmienku vykonávania osobnej asistencie mení na podmienku vyplatenia odmeny za výkon osobnej asistencie fyzickou osobou s ťažkým zdravotným postihnutím. Táto zmena zužuje okruh poistencov štátu z titulu vykonávania osobnej asistencie. Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov upravuje podmienky poskytovania peňažného príspevku na osobnú asistenciu tak, že sa poskytuje vo výške, ktorá zodpovedá ročnému rozsahu osobnej asistencie, na ktorú je fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím odkázaná. Je určená v eurách a vypláca sa fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím mesačne na základe predloženého výkazu o odpracovaných hodinách osobnej asistencie za predchádzajúci kalendárny mesiac. Fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím je povinná následne vyplatiť odmenu osobnému asistentovi za odpracované hodiny osobnej asistencie. V praxi je obvyklé, že fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím vykonávajú osobnú asistenciu na základe písomnej zmluvy viacerí osobní asistenti. Mesačný rozsah čerpania osobnej asistencie je v réžii fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím a vyplýva z aktivít, ktoré má v tom ktorom mesiaci. Môže sa stať, že osobný asistent v niektorom mesiaci kalendárneho roka nebude vykonávať osobnú asistenciu napr. z dôvodu hospitalizácie, dovolenky alebo kúpeľnej liečby fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím. Výška peňažného príspevku na osobnú asistenciu sa kráti z dôvodu zvýšenia dôchodku pre bezvládnosť, čo znamená, že istý rozsah vykonanej osobnej asistencie hradí fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím osobnému asistentovi z tejto výšky bezvládnosti mimo systém peňažného príspevku na osobnú asistenciu. Považujeme za potrebné, vzhľadom na uvedené, prerokovať návrh zákona so zástupcami osôb so zdravotným postihnutím v súlade s článkom 4 ods. 3 Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 317/2010 Z. z.), ktorý zaväzuje zmluvné strany pri vytváraní a uplatňovaní zákonodarstva a politík zameraných na vykonávanie dohovoru a pri rozhodovaní o otázkach týkajúcich sa osôb so zdravotným postihnutím, dôkladne konzultovať s osobami so zdravotným postihnutím a aktívne s nimi spolupracovať prostredníctvom ich reprezentatívnych organizácií. Na základe dohody o poskytovaní údajov medzi Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny a Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa mesačne poskytujú informácie o osobných asistentoch evidovaných v informačnom systéme riadenia sociálnych dát. Uvedený systém nedisponuje informáciami o poukázaní výplaty odmeny osobnému asistentovi. Upozorňujeme predkladateľa, že v prípade, ak pristúpi k navrhovanej zmene ustanovenia § 11 ods. 7 písm. u) bude potrebné zmeniť aj znenie poznámky pod čiarou k odkazu 21 na citáciu zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. | **O** | **A** | zmeny v určení okruhu osôb – osobných asistentov – z návrhu novely zákona vypustené |
| **MSSR** | **K čl. I bod 9 (§ 6aa)** Odseky 4 a 13 obsahujú rozsiahly text. Z dôvodu prehľadnosti odporúčame v nich navrhovanú úpravu rozčleniť do ďalších samostatných odsekov. V odseku 11 je potrebné doplniť čiarku za slovami „pracovných dní“ a číslovku „10“ odporúčame uviesť slovným vyjadrením „desiatich“ (porov. bod 6 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky). V odseku 19 poslednej vete odporúčame vypustiť na začiatku vety slová „Zároveň sa“ z dôvodu nadbytočnosti a následne za slová „odseku 16“ odporúčame vložiť slovo „sa“ . | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MSSR** | **K čl. IV bod 58 (§ 38en)** Pripomienka rovnaká ako k čl. I bodu 63. | **O** | **A** |  |
| **MSSR** | **K návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú skupiny viacročných nákladových skupín a podmienky pre zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny** Súčasťou predloženého materiálu sú aj dva vykonávacie predpisy. Návrh vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú skupiny viacročných nákladových skupín a podmienky pre zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny, je potrebné upraviť do formy návrhu legislatívneho materiálu teda do znenia právneho predpisu upraveného podľa požiadaviek Legislatívnych pravidiel vlády Slovenskej republiky. | **O** | **A** |  |
| **MSSR** | **K čl. I bod 60 (§ 77a)** V § 77a sa navrhuje podstatná zmena v úprave konania a rozhodovania o pohľadávkach z verejného zdravotného poistenia. Vzhľadom na to, že ide o nový procesný mechanizmus tzv. osobitného konania, odporúčame dopracovať argumentáciu resp. vysvetlenie v dôvodovej správe, napríklad aké konkrétne dôvody možno v aplikačnej praxi subsumovať pod dikciu v odseku 6 a podobne. | **O** | **A** | Doplnené v dôvodovej správe. |
| **MSSR** | **Všeobecne** V celom texte návrhu zákona je potrebné pred slovom „ods.“ vypustiť slovo „(novooznačenom)“ z dôvodu nadbytočnosti, napríklad čl. I bod 6, bod 7, bod 8, bod 44. V celom texte návrhu zákona je potrebné v zmysle bodu 35.2 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky nahradiť slová „pripájajú slová“ tvarom „pripájajú tieto slová:“, rovnako tak slová „pripája veta“ je potrebné nahradiť slovami „pripája táto veta:“, napríklad čl. I bod 18, bod 27, bod 44, bod 55, čl. IV bod 18. | **O** | **A** |  |
| **MSSR** | **K čl. I bod 63 (§ 86z)**  V nadpise pod § 86z je potrebné slová „úpravám účinným“ nahradiť slovami „úprave účinnej“, porov. bod 21.3 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky. | **O** | **A** |  |
| **MSSR** | **K čl. I bod 21 (§ 16 ods. 7)** V odseku 7 sa navrhuje upraviť rozsiahlejší obsah. Z dôvodu prehľadnosti odporúčame navrhovanú úpravu rozčleniť do ďalších samostatných odsekov. | **O** | **A** |  |
| **MSSR** | **K čl. I bod 2 (§ 6 ods. 1 písm. g.)** V písmene g) je potrebné upraviť tvar úvodzoviek pred slovom „zariadenie“. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 13** [§ 11 ods. 12] Odporúčame v druhej vete za slovami "zdravotníctva na" vložiť slovo "svojom" z dôvodu spresnenia. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. IV bodu 21** [§ 17c] Odporúčame - v odseku 1 písm. a) za slovom "dlžníkom" vložiť slovo "ktorým", - v odseku 1 písm. c) za slovo "dlžníka" vložiť slovo "ktorému", - v odseku 5 za slovami "právnická osoba" vložiť chýbajúcu čiarku. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. IV bodu 25** [§ 19 ods. 14] Odporúčame v prvej vete za slovami "ročné zúčtovanie poistného" vložiť chýbajúcu čiarku. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 30** [§ 20b ods. 4 písm. a)] Odporúčame za slovami "(zúčtovacie pravidlá)" vypustiť čiarku; ide o jazykovú pripomienku. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 4** [§ 6 ods. 1 písm. ab)] Odporúčame slovo "zdravotnícky" nahradiť slovom "zdravotníckym"; ide o jazykovú pripomienku. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 9** [§ 6aa ods. 4 a 8 písm. a)] Odporúčame - vypustiť slová "obec, ulica, číslo" z dôvodu, že sú súčasťou adresy, - nahradiť slovo "smerové" slovom "smerovacie" z dôvodu správnej terminológie. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 60** [§77a] Odporúčame - v odseku 3 slovo "platitelia" nahradiť slovom "platiteľa", - v odseku 7 prvej vete za slovom "námietky" vložiť chýbajúcu čiarku. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. IV bodom 36, 37 a 40** Odporúčame na konci novelizačných bodov doplniť chýbajúce bodky. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodom 17 a 19** Odporúčame sedemnásty bod zaradiť za devätnásty bod a upraviť ich číselné označenie z dôvodu rešpektovania poradia novelizovaných ustanovení § 16 ods. 2. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 8** Odporúčame slovo "j)" nahradiť slovom "h)" z dôvodu, že pôvodný odsek 13, ktorý sa podľa piateho novelizačného bodu označuje ako odsek 4 obsahuje nezmenený zoznam písmen a) až g). Zároveň upozorňujeme predkladateľa, že podľa dôvodovej správy má byť podieľanie sa na financovaní činností záujmových organizácií jeho povinnosťou, a nie možnosťou. | **O** | **N** | Ustanovenie bolo vypustené na základe pripomienky MF. |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 20** Odporúčame slovo "štvrtá" nahradiť slovom "posledná"; ide o legislatívno-technickú pripomienku. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 9** Odporúčame v § 6aa - v odseku 4 poslednú vetu jazykovo upraviť nasledovne: "Ak je bezpríspevkový darca krvi nositeľom zlatej plakety alebo diamantovej plakety prof. MUDr. Jana Janského, alebo ak je darca krvi ocenený medailou MUDr. Jána Kňazovického, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uvedie túto skutočnosť v poznámke.", - v odseku 7 prvej vete slová "Jána Jánskeho" nahradiť slovami "Jana Janského"; ide o správny tvar mena a priezviska tejto osoby, - v odseku 7 tretej vete za slovom "viac" vložiť chýbajúcu čiarku, - v odseku 8 písm. a) za slovom "výkonu," vypustiť druhú, nadbytočnú čiarku, - v odseku 8 písm. c) za slovami "zo zoznamu" vložiť čiarku a slovo "pričom", a slová "aj o dôvodoch" nahradiť slovami "sa uvedie aj dôvod vyradenia"; vo vete nemôžu byť podľa pravidiel pravopisu použité dve bodkočiarky, - v odseku 8 slovo "zaradiť" vložiť za označenie pododseku, - v odseku 11 písm. c) zvážiť slovo "oznamuje" nahradiť slovom "skutočnosť", čím by sa umožnilo, aby slovo "oznamuje" mohlo byť pripojené na konci úvodnej vety odseku; ide o legislatívnu úspornosť, - v odseku 17 na konci úvodnej vety pripojiť slovo "môže" a vypustiť ho z písmen a) a b) a slovo "poistenca" vložiť pred slovo "informovať", - v odseku 19 prvej vete za slovami "a to" vypustiť nadbytočné slovo "do", - v odseku 20 na konci úvodnej vety vložiť slová "na úhradu" a vypustiť ich z písmen a) až c) z dôvodu legislatívnej úspornosti. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 6 až 8, bodu 44** Odporúčame v úvodných vetách novelizačných bodov vypustiť nadbytočné slovo "(novooznačenom)" z dôvodu súladu s legislatívno-technickým pokynom 32. | **O** | **A** |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. IV bodu 19** Odporúčame začať vetu veľkým začiatočným písmenom. | **O** | **A** |  |
| **MVSR** | **k čl. I § 6aa ods. 4** 1. V čl. I znenie ustanovenia § 6aa ods. 4 navrhujeme rozčleniť do písmen, kde by sa uviedli náležitosti návrhu na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Podrobnejšie členenie navrhovaného znenia odporúčame zaviesť aj v odseku 8 písm. a) a v odseku 9. V odseku 21 je nesprávne uvedený odkaz na odsek 19 písm. c), ktorý sa nečlení (má ísť o odsek 20 písm. c). | **O** | **A** |  |
| **MVSR** | **k čl. IV. bod 6 § 9 ods. 2 písm. h)** 2. V čl. IV v bode 6 v § 9 ods. 2 písm. h) navrhujeme nasledovne doplnenú formuláciu: „h) ktorý bol zaradený do programu ministerstva vnútra na podporu a ochranu obetí obchodovania s ľuďmi, a to len do času jeho vyradenia z programu ministerstva vnútra na podporu a ochranu obetí obchodovania s ľuďmi.“ Uvedené navrhujeme z dôvodu, aby bolo zrejmé, že výnimka vyplývajúca z návrhu zákona sa týka len obdobia od zaradenia do vyradenia osoby z uvedeného programu. | **O** | **A** |  |
| **MVSR** | **k čl. IV. bod 10 § 13 ods. 11 písm. b)** 3. V čl. IV v bode 10 v § 13 ods. 11 písm. b) navrhujeme nasledovne doplnenú formuláciu: „b) poistenec bol obeťou obchodovania s ľuďmi zaradenou do programu ministerstva vnútra na podporu a ochranu obetí obchodovania s ľuďmi, a to len do času jeho vyradenia z programu ministerstva vnútra na podporu a ochranu obetí obchodovania s ľuďmi.“ Uvedené navrhujeme z rovnakého dôvodu, aký uvádzame k čl. IV bod 6 vlastného materiálu. | **O** | **N** | je potrebné ustanoviť neuplatňovanie minimálneho základu na obdobie, kedy osoba bola obeťou obchodovania s ľuďmi (a nie na obdobie jej zaradenia do programu) |
| **MVSR** | **k čl. IV. bod 51 § 28 ods. 4 písm. e)** 4. Dovoľujeme si dať do pozornosti v článku IV bod 51 § 28 ods. 4 písm. e), kde odporúčame zvážiť úpravu tohto ustanovenia tak, aby bolo jasne definované, aké údaje sa predložia v prípade, ak osoba má pridelené rodné číslo a aké v prípade, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo. Navrhované znenie totiž možno interpretovať tak, že údaje o pohlaví, bydlisku, poskytovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotnom stave, atď. sa predložia iba v prípade cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo. | **O** | **A** |  |
| **MVSR** | **k čl. IV bod 56 § 29b ods. 8 písm. d)** 5. V čl. IV bod 56 v § 29b ods. 8 písm. d) navrhujeme znenie „údaje o dátume začiatku a ukončenia obdobia, kedy sa fyzická osoba považovala za obeť obchodovania s ľuďmi“ vypustiť, nakoľko pre účely zákona nie je podstatné, že fyzická osoba sa považuje za obeť obchodovania s ľuďmi, ale dátum zaradenia a dátum vyradenia z programu ministerstva vnútra na podporu a ochranu obetí obchodovania s ľuďmi. Za obeť obchodovania s ľuďmi sa môže považovať osoba aj pred zaradením a po vyradení z uvedeného programu alebo aj taká osoba, ktorá do programu nikdy nevstúpila. | **O** | **N** | pre účely neuplatňovania minimálneho vymeriavacieho základu je potrebné mať informáciu aj o dátume začiatku a ukončenia obdobia, kedy sa fyzická osoba považovala za obeť obchodovania s ľuďmi. |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 36** Novelizačný bod odporúčame ukončiť bodkou. Pripomienka platí aj pre body 37 a 40. | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **Doložke zlučiteľnosti návrhu právneho predpisu s právom EÚ** Odporúčame korektne upraviť doložku zlučiteľnosti v súlade so zmenami a doplneniami legislatívnych pravidiel vlády SR schválených uznesením vlády SR č. 251/2018. | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 6** Odporúčame vypustiť slovo "(novooznačenom)" ako nadbytočné. Pripomienka platí aj pre body 7, 8 a 44. | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 61** Slová "§ 77b a § 77c" odporúčame nahradiť slovami "§ 77b a 77c". | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. IV bod 19** Slová "v § 17b" odporúčame nahradiť slovami "V § 17b" a pred slovami "právnickej osoby" vypustiť slovo "u". | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. IV bod 32** V § 24 písm. q) odporúčame za slovo „oznámiť“ vložiť slová „písomne alebo elektronicky“, a to pre potreby aplikačnej praxe, ako aj z dôvodu zosúladenia formulácie ustanovenia písmena q) s ostatnými ustanoveniami § 24, v ktorých je upravená povinnosť oznamovať určité skutočnosti, nakoľko považujeme za potrebné jednoznačne ustanoviť spôsob, akým platiteľ poistného oznamuje výsledok ročného zúčtovania poistného každému zamestnancovi, za ktorého ročné zúčtovanie poistného bolo vykonané. Pre potreby aplikačnej praxe súčasne v písmene q) odporúčame jednoznačne ustanoviť pre platiteľa poistného lehotu na oznámenie výsledku ročného zúčtovania poistného, pretože ustanovenie tejto lehoty odkazom „podľa § 19 ods. 16“, ktorý upravuje vrátenie preplatku poisťovňou, je nejasné, nakoľko § 19 ods. 16 obsahuje odkaz aj na ďalšie lehoty v § 19 ods. 12 a 13. Upresnenie ustanovenia § 24 písm. q) odporúčame aj z dôvodu, že za nesplnenie povinnosti oznámiť výsledok ročného zúčtovania poistného podľa § 24 písm. q) sa v § 26 ods. 1 písm. c) navrhuje pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou možnosť uložiť platiteľovi poistného pokutu do výšky 3 319 eur. | **O** | **N** | Ustanovenie bolo vypustené |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 30** V ods. 1 písm. b) odporúčame slová "podľa predchádzajúceho písmena" nahradiť slovami "podľa písmena a)". V odsekoch 3 a 4 odporúčame slová "na webovej stránke úradu" nahradiť slovami "na webovom sídle úradu". | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 11** V ods. 12 písm. c) na konci vety odporúčame ako nadbytočné vypustiť slová "a to". | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 50** V odsekoch 1 a 2 odporúčame slová "tretie osoby" a súvisiaci text preformulovať do jednotného čísla. V odseku 3 odporúčame za slovo "fyzická" vložiť slovo "osoba". | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. IV bod 21** V odseku 1 odporúčame preformulovať úvodnú vetu a jednotlivé písmená tak, aby text bol zrozumiteľný. | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 13** V odseku 12 odporúčame vypustiť vytvorený odkaz 29ab) na zákon č. 523/2004 Z. z. vrátane poznámky pod čiarou a použiť odkaz 30, ktorý je na zákon č. 523/2004 Z. z. vytvorený v § 6 ods. 14 zákona. | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 60** V odseku 3 odporúčame slovo "platitelia" nahradiť slovom "platiteľa". Za slová "Poznámka pod čiarou k odkazu 97aa znie" odporúčame vložiť dvojbodku. | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 9** V odseku 4 poslednej vete odporúčame slová "a darca krvi oceneného" nahradiť slovami "a darcu krvi oceneného". V odseku 7 druhej vete odporúčame za slovo "Informácia" vložiť slovo "podľa". V odseku 8 odporúčame preformulovať písmeno c), nakoľko sa v ustanovení nachádzajú dve bodkočiarky. V odseku 11 odporúčame na koniec úvodnej vety pripojiť slovo "oznamuje" a toto slovo vypustiť na začiatku písmen a) až d). V odseku 13 poslednej vete odporúčame ako nadbytočné vypustiť slová "v takom prípade" a slová "sa pacient" nahradiť slovami "pacient sa". V odseku 17 odporúčame na koniec úvodnej vety pripojiť slovo "môže" a toto slovo vypustiť na začiatku písmen a) a b). V odseku 21 odporúčame slová "odseku 19" nahradiť slovami "odseku 20". | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 21** V poznámke pod čiarou k odkazu 35ca odporúčame každý predpis uviesť v samostatnom riadku. Súčasne v zmysle Legislatívnych pravidiel vlády SR odporúčame poradie citovaných predpisov vymeniť, pretože v zmysle Ústavy Slovenskej republiky právne záväzné akty Európskych spoločnstiev a Európskej únie majú prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky. | **O** | **A** |  |
| **MZVaEZSR** | **čl. I bod 54** V prvej vete odporúčame za slovo "opodstatnenosti" vložiť slovo "predložených". | **O** | **A** |  |
| **MŽPSR** | **celému materiálu** bez pripomienok | **O** | **A** |  |
| **NBS** | **k čl. I** K čl. I bodu 4 V bode 4, § 6 ods. 1 písm. ab) je potrebné slovo „zdravotnícky“ nahradiť slovom „zdravotníckym“. K čl. I bodu 9 1. V bode 9, § 6aa ods. 4 tretej vete je potrebné za slovo „ulica“ vložiť čiarku a štvrtej vete slovo „darca“ nahradiť slovom „darcu“. 2. V bode 9, § 6aa ods. 7 druhej vete je potrebné za slovo „Informácia“ vložiť slovo „podľa“ a tretej vete za slovo „viac“ vložiť čiarku. 3. V bode 9, § 6aa ods. 8 písm. a) je potrebné za slovo „ulica“ vložiť čiarku a za slovami „zdravotného výkonu,“ čiarku vypustiť. 4. V bode 9, § 6aa ods. 11 písm. b) navrhujeme číslo „10“ nahradiť slovom „desať“, slovo „od kedy“ nahradiť slovom „odkedy“ a písm. d) vypustiť slová „zdravotným poisťovniam“. 5. V bode 9, § 6aa ods. 13 prvej vete a siedmej vete je potrebné za slovo „starostlivosť“ vložiť čiarku. 6. V bode 9, § 6aa ods. 17 písm. b) je potrebné za slovo „únie“ vložiť čiarku. 7. V bode 9, § 6aa ods. 19 je potrebné za slovo „výške“ vložiť čiarku. 8. V bode 9, § 6aa ods. 21 je potrebné vypustiť slová „a d)“ a číslo „19“ nahradiť číslom „20“ z dôvodu, že technické rezervy zdravotná poisťovňa podľa návrhu vytvára podľa odseku 20. K čl. I bodu 13 V bode 13 odporúčame navrhovaný odkaz 29ab nad slovom „rozpočtu,“ nahradiť existujúcim (a svojím obsahom identickým) odkazom 30 a v nadväznosti na to znenie poznámky pod čiarou k odkazu 29ab vypustiť. Alternatívne odporúčame navrhovaný odkaz 29ab ponechať a znenie poznámky pod čiarou k tomuto odkazu preformulovať tak, aby obsahovalo konkrétne ustanovenie zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. K čl. I bodom 18 a 19 Doterajšie body 18 a 19 je potrebné prečíslovať na body 17 a 18 a bod 17 je potrebné prečíslovať na bod 19 z dôvodu správnej postupnosti novelizačných bodov. K čl. I bodu 19 V bode 19 odporúčame slová „výšku paušálnej úhrady“ nahradiť slovami „a výšku paušálnej úhrady“. K čl. I bodu 21 1. V bode 21 v texte poznámky pod čiarou k odkazu 35ca je potrebné pri taxatívnom výpočte citácie právnych predpisov uviesť pod sebou a citáciu právne záväzného aktu Európskej únie dať do súladu s prílohou č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky. 2. V bode 21 v texte poznámky pod čiarou k odkazu 35cb je potrebné slová „o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov“ nahradiť slovami „v znení zákona č. 356/2016 Z. z.“. 3. V bode 21 v texte poznámky pod čiarou k odkazu 35cc je potrebné pri demonštratívnom výpočte citácie právnych predpisov uviesť v chronologickom poradí. 4. V bode 21 je súčasne potrebné doplniť informáciu o potrebe vypustenia poznámok pod čiarou k odkazom 35cd a 35ce. K čl. I bodu 35 V bode 35 odporúčame novelizovať odkaz na § 20b ods. 1 písm. n), keďže predmetom úpravy navrhovaného znenia § 20b ods. 1 písm. n) nie sú školenia odborne spôsobilých osôb pre klasifikačný systém. K čl. I bodu 36 1. V bode 36, § 20ca ods. 2 odporúčame za slová „čísla účtu“ vložiť slovo „(IBAN)“ a za slovo „banky“ vložiť slovo „(BIC)“. 2. V bode 36, § 20ca odporúčame doplniť zmenu znenia poznámky pod čiarou k odkazu 41f, konkrétne nahradiť citáciu „Zákon č. 264/1999 Z. z. o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“ citáciou „Zákon č. 56/2018 Z. z. o posudzovaní zhody výrobku, sprístupňovaní určeného výrobku na trhu a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“ vzhľadom na to, že právny predpis, na ktorý doterajší odkaz 41f odkazuje, sa medzičasom nahradil novým právnym predpisom. K čl. I bodu 46 V bode 46 odporúčame vypustiť slová „prvej vete“. K čl. I bodu 55 V bode 55 je potrebné za slovo „smrť“ vložiť čiarku. K čl. I bodu 60 1. V bode 60, § 77a ods. 5 prvej vete navrhujeme slová „doterajšie konanie“ nahradiť slovami „doterajší obsah spisovej dokumentácie ku konaniu“ a druhej vete slovo „konanie“ nahradiť slovami „doterajší obsah spisovej dokumentácie ku konaniu“. 2. V bode 60, § 77a ods. 11 odporúčame slovo „súdom.“ nahradiť slovami „správnym súdom podľa osobitného predpisu.97ab)“. V nadväznosti na to odporúčame doplniť v bode 60 znenie poznámky pod čiarou k odkazu 97ab takto: „97ab) § 199 až 205 Správneho súdneho poriadku.“. K čl. I bodu 62 V bode 62 je potrebné slová „ods. 17“ nahradiť vecne správnym odkazom, keďže § 8 neobsahuje odsek 17. | **O** | **A** |  |
| **NBS** | **k čl. IV** K čl. IV bodu 32 V bode 32 o doplnení § 24 je potrebné vypustiť celé navrhnuté nové písmeno q). Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Pôvodne navrhnuté doplnenie § 24 o nové písmeno q), podľa ktorého sa navrhuje uložiť novú oznamovaciu povinnosť zamestnávateľom, sa týka ročného zúčtovania poistného vykonávaného zdravotnou poisťovňou v zmysle ustanovení § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“). Pri ročnom zúčtovaní poistného ide o vzťah medzi zdravotnou poisťovňou a zamestnancom ako poistencom zdravotnej poisťovne, pričom zamestnávateľ (ako platiteľ poistného) vykonáva len zúčtovanie preplatku alebo nedoplatku poistného za zamestnanca z príjmov (plnení) poskytnutých zamestnancovi od dotyčného zamestnávateľa. Ak zamestnávateľov zamestnanec popri príjmoch (plneniach) od dotyčného zamestnávateľa má aj iné príjmy (plnenia), tak zamestnávateľ o týchto iných príjmoch (plneniach) nevykonáva zúčtovanie preplatku alebo nedoplatku poistného a dokonca ani o nich nemusí dostať informáciu. Všetky relevantné príjmy (plnenia) zamestnanca – či už od zamestnávateľa alebo od iných subjektov – však podliehajú ročnému zúčtovanie poistného na zdravotné poistenie, ktoré zamestnancovi ako svojmu poistencovi vykonáva zdravotná poisťovňa. Vzhľadom na tieto skutočnosti je dôvodné, aby povinným subjektom na poskytnutie informácie nebol zamestnávateľ, ale príslušná zdravotná poisťovňa, ktorej poistencom je dotknutý zamestnanec. Navyše, poistenec (zamestnanec) je oprávnený – podľa § 19 ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z. – podať svojej zdravotnej poisťovni nesúhlasné stanovisko proti výsledku ročného zúčtovania poistného vykonaného zdravotnou poisťovňou, a to do 15 dní odo dňa, keď poistencovi (zamestnancovi) bolo zo zdravotnej poisťovne doručené povinné oznámenie zdravotnej poisťovne o výsledku ročného zúčtovania poistného. Pritom o podaní prípadného nesúhlasného stanoviska poistenca (zamestnanca) do zdravotnej poisťovne nie je informovaný zamestnávateľ. Zo všetkých uvedených dôvodov sa objektívne javí, že navrhnutá nová oznamovacia povinnosť zamestnávateľov pre zamestnancov (nové povinné oznamovanie výsledku ročného zúčtovania poistného), ktorú obsahuje navrhnuté doplnenie § 24 o nové písmeno q), je bezpredmetná a že ide o nedôvodné zvyšovanie administratívnej záťaže pre zamestnávateľov. Preto navrhnuté nové písmeno q) je potrebné vypustiť z pripravovaného zákona. | **Z** | **A** | ustanovenie vypustené |
| **NBS** | **k čl. I uvodna veta** K čl. I - úvodná veta V úvodnej vete je potrebné za slovami „zákona č. 156/2018 Z. z.“ slovo „a“ nahradiť čiarkou. | **O** | **A** |  |
| **NBS** | **k čl. I vseobecne** K čl. I (ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z.) K čl. I - všeobecne V celom texte materiálu v úvodných vetách tých novelizačných bodov, ktoré upravujú ustanovenia po navrhovanej zmene ich pôvodného označenia, je potrebné vypustiť slovo „(novooznačenom)“ alebo „(novooznačený)“, a to v čl. I bode 6 až 8 a 44. | **O** | **A** |  |
| **NBS** | **k čl. II** K čl. II (ktorým sa dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z.) K čl. II – úvodná veta V bode 2 úvodnej vete je potrebné označenie písmena „al“ legislatívne správne nahradiť označením „al)“. | **O** | **A** |  |
| **NBS** | **k čl. IV** K čl. IV (ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z.) K čl. IV – k jednotlivým ustanoveniam K čl. IV bodu 3 V bode 3 je potrebné za slovo „zákona“ vložiť čiarku a v texte poznámky pod čiarou k odkazu 8aab je potrebné vypustiť slová „v znení zákon č. 75/2013 Z. z.“. K čl. IV bodu 4 V bode 4 je potrebné za slovom „poskytnutím“ vypustiť čiarku. K čl. IV bodu 6 V bode 6 je potrebné slová „ministerstva vnútra“ nahradiť slovami „Ministerstva vnútra Slovenskej republiky“ z dôvodu neexistencie legislatívnej skratky „ministerstvo vnútra“. K čl. IV bodu 8 V bode 8 je potrebné slovo „platiteľ“ nahradiť slovom „platiteľom“. K čl. IV bodu 10 1. V bode 10 je potrebné slová „ministerstva vnútra“ nahradiť slovami „Ministerstva vnútra Slovenskej republiky“ z dôvodu neexistencie legislatívnej skratky „ministerstvo vnútra“. 2. Súčasne je potrebné v texte poznámky pod čiarou k odkazu 49a slová „neskorších predpisov“ nahradiť slovami „zákona č. 444/2015 Z. z.“. K čl. IV bodu 11 V bode 11 je potrebné za slová „§ 11 ods. 7“ vložiť čiarku. K čl. IV bodu 15 V bode 15 je potrebné slová „v písmene“ nahradiť slovom „písm.“. K čl. IV bodu 18 V bode 18 je potrebné za slovo „pripája“ vložiť slovo „táto“, za slovo „veta“ vložiť dvojbodku a na konci textu vložiť bodku. K čl. IV bodu 19 V bode 19 je potrebné slovo „v“ nahradiť slovom „V“ a za slovo „čísla“ vložiť čiarku. K čl. IV bodu 21 1. V bode 21, § 17c ods. 1 odporúčame preformulovať písmená a) až c) z dôvodu zrozumiteľnosti textu. 2. V bode 21, § 17c ods. 4 je potrebné za slová „právnickej osobe“ vložiť čiarku. 3. V bode 21, § 17c ods. 5 je potrebné za slová „Ak fyzická osoba alebo právnická osoba“ vložiť čiarku. 4. V bode 21 v texte poznámky pod čiarou k odkazu 51e je potrebné vypustiť slová „v znení neskorších predpisov“. K čl. IV bodu 24 V bode 24 úvodnej vete je potrebné vypustiť slová „sa v“. K čl. IV bodu 25 V bode 25 je potrebné za slovo „poistného“ a za slová „príjem nevyplatil“ vložiť čiarku. K čl. IV bodu 27 V bode 27 navrhujeme číslo „10“ nahradiť slovom „desiatich“. K čl. IV bodu 29 Bod 29 odporúčame z legislatívno-technických dôvodov preformulovať takto: „29. V § 23 ods. 7 sa za slová „úradu13)“ a „poisťovniam“ vkladá slovo „elektronicky“.“. K čl. IV bodu 31 V bode 31 je potrebné slová „v písmene“ nahradiť slovom „písm.“. K čl. IV bodu 36 V bode 36 je potrebné slovo „písm.“ nahradiť slovom „písmeno“. K čl. IV bodu 37 V bode 37 je potrebné na konci textu vložiť bodku. K čl. IV bodu 42 V bode 42 je potrebné slová „sa v písmene a) vypúšťa“ nahradiť slovami „písm. a) sa vypúšťajú“. K čl. IV bodu 43 V bode 43 je potrebné slová „sa v písmene b) vypúšťa“ nahradiť slovami „písm. b) sa vypúšťajú“. K čl. IV bodu 45 Bod 45 je potrebné preformulovať takto: „45. § 27aa sa vypúšťa.“. K čl. IV bodu 56 V bode 56 je potrebné slová „ministerstva vnútra“ (2x) nahradiť slovami „Ministerstva vnútra Slovenskej republiky“ (2x) z dôvodu neexistencie legislatívnej skratky „ministerstvo vnútra“. | **O** | **A** |  |
| **NBS** | **k predkladacej sprave** K predkladacej správe V predposlednom odseku je potrebné slovo „opatrenia“ nahradiť slovom „zákona“. | **O** | **A** |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K doložke zlučiteľnosti:** Upozorňujeme, že uznesením vlády SR č. 251/2018 s účinnosťou od 1. júna 2018 sa menia a dopĺňajú Legislatívne pravidlá vlády Slovenskej republiky, kde sa mení doložka zlučiteľnosti a zosúlaďuje sa s doložkou zlučiteľnosti podľa Legislatívnych pravidiel tvorby zákonov v znení poslednej novely zo 16. mája 2018. Žiadame preto prepracovať celú doložku zlučiteľnosti podľa Legislatívnych pravidiel vlády SR v znení účinnom od 1. júna 2018. | **O** | **A** |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K čl. I bod 9 návrhu zákona:** Upozorňujeme, že v navrhovanom ustanovení § 6aa ods. ods. 17 písm. b) sa na poskytovateľa v inom členskom štáte Európskej únie vzťahuje nariadenie (ES) č. 883/2004, ktoré je však „Textom s významom pre EHP a Švajčiarsko“. Z uvedeného teda vyplýva, že v § 6aa ods. 17 písm. b) návrhu zákona by mal byť poskytovateľ nie len z iného členského štátu EÚ, ale aj zo štátu, ktorý je zmluvnou stranou Dohody o Európskom hospodárskom priestore a zo Švajčiarskej konfederácie. | **O** | **A** |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K čl. I bod 15 návrhu zákona:** V poznámkach pod čiarou k odkazom č. 35aaj) až 35aal) žiadame uvádzať skrátenú citáciu nariadenia (ES) č. 987/2009 v platnom znení. | **O** | **A** |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K čl. I bod 21 návrhu zákona:** V poznámke pod čiarou k odkazu č. 35ca žiadame pri citácii nariadenia (EÚ) 2016/679 uviesť publikačný zdroj „(Ú. v. EÚ L 119, 4.5.2016)“. | **O** | **A** |  |
| **PMÚSR** | **1. K čl. I, bod 9 materiálu (k ustanoveniu § 6aa návrhu zákona)**  Návrhom sa upravuje regulácia v oblasti plánovanej zdravotnej starostlivosti. Uvedené môže viesť k zníženiu intenzity hospodárskej súťaže medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, nakoľko výber poskytovateľa a zmena tohto výberu poistencami budú významným spôsobom ovplyvnené zdravotnou poisťovňou. Uvedené môže mať negatívny dopad na kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom. Okrem toho, vzhľadom na existujúcu vertikálnu integráciu vlastníckych vzťahov medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti patriacimi do rovnakej ekonomickej skupiny, zavedenie systému v zmysle nižšie uvedených ustanovení by mohlo spôsobiť nasledovné. Pravidlá v ustanovení v § 6aa ods. 4 návrhu zákona môžu viesť k zvýhodňovaniu poistencov zdravotnej poisťovne u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti patriacich do rovnakej ekonomickej skupiny ako daná zdravotná poisťovňa, a to pri určení, zo strany poskytovateľa, či nemožno zdravotnú starostlivosť poskytnúť a je potrebné zaradiť poistenca do zoznamu a pri poradí zaraďovania do zoznamu. Tiež ustanovenie § 6aa ods. 16 návrhu zákona dáva možnosť zdravotným poisťovniam neuhrádzať náklady zdravotnej starostlivosti v prípade, ak pacient trvá na určitom poskytovateľovi, pričom uvedené sa javí ako nekoncepčné a obmedzujúce poistenca vo voľbe poskytovateľa. Tiež v nadväznosti na vertikálnu integráciu, v previazaní na odsek 17 je tu možnosť zvýhodňovania poskytovateľov zdravotnej starostlivosti patriacich do rovnakej ekonomickej skupiny ako poisťovňa, cez navrhovanie poistencom vykonanie predmetného úkonu u týchto poskytovateľov. Je preto potrebné pri navrhovanej právnej úprave zvážiť vyššie uvedené riziká. | **Z** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **PMÚSR** | **6. K čl. IV, bod 21 materiálu (k ustanoveniu § 17c ods. 3 písm. b) návrhu zákona)** Navrhujeme vypustiť text „a to ani v budúcnosti“ a to vzhľadom na použitú formuláciu na začiatku ustanovenia „je zrejmé“. Máme za to, že zdravotná poisťovňa nemôže vychádzať zo skutočností, ktoré sa majú odohrať v budúcnosti. V prípade ponechania textu „a to ani v budúcnosti“ navrhujeme zmeniť formuláciu začiatku predmetného ustanovenia z formulácie „je zrejmé“ na „je veľmi pravdepodobné.“ | **O** | **A** |  |
| **PMÚSR** | **5. K čl. I, bod 21 materiálu (k § 16 ods. 7 návrhu zákona)**  Podľa poslednej vety § 16 ods. 7 zákona je zdravotná poisťovňa povinná zabezpečiť ochranu spracúvania a uschovávania údajov pred ich zneužitím, zničením, poškodením, odcudzením, alebo stratou. Podľa predmetného ustanovenia zároveň môže zdravotná poisťovňa spracúvať osobné údaje prostredníctvom sprostredkovateľa. Navrhujeme, aby do ustanovenia § 16 ods. 7 zákona bola za súčasnú poslednú vetu doplnená veta „Ak spracúva osobné údaje sprostredkovateľ, prechádza povinnosť zdravotnej poisťovne podľa predchádzajúcej vety na sprostredkovateľa.“. | **O** | **N** | Ustanovenie bolo prepracované v zmysle pripomienky UOOU. |
| **PMÚSR** | **4. K čl. I, bod 9 materiálu (k § 6aa ods. 13 návrhu zákona)**  Podľa poslednej vety predmetného ustanovenia vyradenie pacienta zo zoznamu z dôvodu nutnosti prednostne liečiť úraz alebo chorobu bude mať za následok stratu poradia v zozname a po vyliečení novú čakaciu dobu. Z pohľadu poistenca – spotrebiteľa sa javí ako vhodnejšia napr. možnosť ponechania v zozname s poznámkou, že sa na poradie bude prihliadať až po jeho vyliečení, pričom jeho umiestnenie v zozname zostane zachované. | **O** | **A** |  |
| **PMÚSR** | **3. K čl. I, bod 9 materiálu (k § 6aa vo všeobecnosti)**  Predkladaný materiál v danom ustanovení nerieši súbeh zoznamov jednotlivých zdravotných poisťovní vo vzťahu k tomu istému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. | **O** | **A** |  |
| **PMÚSR** | **2. K čl. I, bod 4 materiálu (k ustanoveniu § 6 ods. 1 písm. ab) návrhu zákona)**  Zavedením možnosti zdravotnej poisťovne uzavrieť zmluvu týkajúcu sa organizácie riadeného manažmentu poistenca pre akúkoľvek právnickú osobu so zodpovedajúcim predmetom činnosti, teda nielen pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a iných zdravotníckych pracovníkov, dochádza podľa nášho názoru k riziku sprístupnenia údajov o zdravotnom stave osobám, na ktoré sa nevzťahuje legislatíva upravujúca prístup a nakladanie s tak citlivými údajmi. Navrhujeme preto ponechať možnosť organizácie riadeného manažmentu poistenca iba na poisťovne, ktoré uvedené budú môcť zabezpečiť iba cez poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, alebo iných zdravotníckych pracovníkov. V navrhovanom znení je naviac vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, alebo iným zdravotníckym pracovníkom uvedený odkaz na právne predpisy, ktorým sú títo špecifikovaní, avšak vo vzťahu k právnickej osobe je uvedená iba nejasná formulácia „so zodpovedajúcim predmetom činnosti“. V prípade, že bude ponechaná možnosť zveriť uvedenú činnosť aj kategórii právnických osôb v návrhu novely uvedených „so zodpovedajúcim predmetom činnosti“, navrhujeme spresnenie formulácie označenia takýchto právnických osôb a doplnenie povinnosti pre takéto právnické osoby zodpovedajúce ich oprávneniu nakladať s osobnými údajmi o zdravotnom stave poistencov. Zároveň upozorňujeme na skutočnosť, že zverením organizácie riadeného manažmentu poistenca pre akúkoľvek právnickú osobu so zodpovedajúcim predmetom činnosti dôjde k odlivu zdrojov financií vybraných v rámci verejného zdravotného poistenia a zdroje, ktoré by mohli byť poskytnuté poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, resp. iným zdravotníckym pracovníkom budú poskytované iným subjektom. | **O** | **A** | Pôvodný návrh bol rozšíriť možnosti poradenskej činnosti ZP vo vzťahu k svojim poistencom.  Diagnostiku a liečbu (konkrétnej choroby) pacienta by mal manažovať ošetrujúci lekár, ktorý je aj za túto činnosť v zmysle poskytovania zdravotnej starostlivosti „lege artis“ zodpovedný. Celkový prehľad o všetkých vykonaných ošetreniach a vyšetreniach pacienta by mal mať v dokumentácii všeobecný lekár.  Manažment pacienta je o všetkých ochoreniach, nielen o primárnej starostlivosti. Navyše nestačí dohodnúť len s PZS, je to o širších súvislostiach, je nutné zabezpečiť manažment ochorenia ako takého naprieč viacerými odbornosťami. Primárne sa týka zapojeného POI, ošetrujúci lekár VAS je obvykle rovnako zapájaný.  Máme za to, že nejde o žiadne riziko. Ukázalo sa, že PZS nedokážu zabezpečiť „chod“ programu, je nutná ešte veľká podpora zo strany ZP. ZP v tom prípade zmluvne dohodne dodávateľa služby ako každej inej. Takýto subjekt je potom sprostredkovateľom pri spracovaní OÚ. Čiže nejde o porušovanie ochrany.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa ustanovenie vypustí aj v nadväznosti na pripomienky iných subjektov. |
| **SLeK** | **K Čl. I Návrhu: § 6 ods. 1** K Čl. I Návrhu: § 6 ods. 1 Zákona sa dopĺňa písmenom ab), ktoré znie: „ab) uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx)“ xx) § 25a Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov Ustanovuje sa povinnosť pre zdravotnú poisťovňu uhradiť držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby. Prenesenie financovanie lekárenskej pohotovostnej služby v plnom rozsahu na osoby súkromného práva je v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky. Žiadny právny predpis odmeňovanie výkonu lekárenských pohotovostných služieb neupravuje a to ani na rozdiel od vo vzťahu k porovnateľnej právnej úprave ambulantnej pohotovostnej služby či zubno-lekárskej pohotovostnej služby. Výkonu lekárenskej pohotovostnej služby je jedinou pohotovostnou službou v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorej výkon nie je zabezpečované ani z prostriedkov z verejného zdravotného poistenia ani z výberu poplatkov od poistencov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Nie je možné akceptovať tvrdenie, podľa ktorého odmena za výkon lekárenskej pohotovostnej služby je súčasťou obchodnej marže za vydané lieky, a to aj pri zohľadnení skutočnosti, že sa nenariaďuje výdaj liekov, ale výkon pohotovostnej služby. | **Z** | **N** | Nad rámec  Nie je dôvodné zavádzanie cenovej regulácie. Lekárne sú platené cez maržu. Činnosť organizátora lekárenskej pohotovostnej služby zabezpečuje VUC, pričom lekárne sú platené cez maržu. V prípade že by ZP mali paušálnu úhradu hradiť, je potrebné do zákona alebo vykonávacieho predpisu určiť spôsob úhrady a výpočet; v prípade realizácie navrhujeme možnú analógiu a prepojenie s APS aj s ohľadom na počet bodov APS. Chýba vyčíslenie finančného dopadu  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje, k vyčísleniu dopadov dôjde zo strany zástupcov po vyhodnotení činnosti pohotovostnej služby.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **SLeK** | **K Čl. I Návrhu: § 8**  K Čl. I Návrhu: § 8 Zákona sa dopĺňa odsekom 16, ktorý znie: „(16) Zdravotná poisťovňa uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx) podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov a úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx), spôsob a pravidlá jej výpočtu ustanoví vláda nariadením.“ xx) § 25a Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov Ustanovuje sa povinnosť pre zdravotnú poisťovňu uhradiť držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby. Prenesenie financovanie lekárenskej pohotovostnej služby v plnom rozsahu na osoby súkromného práva je v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky. Žiadny právny predpis odmeňovanie výkonu lekárenských pohotovostných služieb neupravuje a to ani na rozdiel od vo vzťahu k porovnateľnej právnej úprave ambulantnej pohotovostnej služby či zubno-lekárskej pohotovostnej služby. Výkonu lekárenskej pohotovostnej služby je jedinou pohotovostnou službou v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorej výkon nie je zabezpečované ani z prostriedkov z verejného zdravotného poistenia ani z výberu poplatkov od poistencov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Nie je možné akceptovať tvrdenie, podľa ktorého odmena za výkon lekárenskej pohotovostnej služby je súčasťou obchodnej marže za vydané lieky, a to aj pri zohľadnení skutočnosti, že sa nenariaďuje výdaj liekov, ale výkon pohotovostnej služby. | **Z** | **N** | Nad rámec  Nie je dôvodné zavádzanie cenovej regulácie. Lekárne sú platené cez maržu. Činnosť organizátora lekárenskej pohotovostnej služby zabezpečuje VUC, pričom lekárne sú platené cez maržu. V prípade že by ZP mali paušálnu úhradu hradiť, je potrebné do zákona alebo vykonávacieho predpisu určiť spôsob úhrady a výpočet; v prípade realizácie navrhujeme možnú analógiu a prepojenie s APS aj s ohľadom na počet bodov APS. Chýba vyčíslenie finančného dopadu  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka akceptuje, k vyčísleniu dopadov dôjde zo strany zástupcov po vyhodnotení činnosti pohotovostnej služby.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **SLK** | **Čl. I** Navrhujeme vložiť nový § 9b: „(1) Zdravotná poisťovňa o výsledku kontrolnej činnosti u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vyhotovuje protokol o výsledku kontrolnej činnosti; jedno vyhotovenie protokolu doručí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. (2) Poskytovateľa zdravotnej starostlivosti môže proti protokolu o výsledku kontrolnej činnosti podať zdravotnej poisťovni písomné námietky s uvedením dôvodu do 15 dní odo dňa doručenia protokolu. (3) Ak zdravotná poisťovňa námietkam poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nevyhovie v celom rozsahu, predloží námietky najneskôr do 30 dní odo dňa keď jej námietky došli na rozhodnutie úradu.“ | **Z** | **N** | **Nad rámec**  Vzťah ZP a PZS je obchodným vzťahom, vykonávanie kontrolnej činnosti u PZS vychádza z § 9 zákona 581/2004 Z. z. a nejedná sa o správne konanie. Preto podrobná úprava vykonávania kontrolnej činnosti je riešená v zmluve. Prípadné spory zo zmluvy patria do pôsobnosti príslušného súdu, čo je v zmluvách výslovne dohodnuté.  **ÚDZS nie je oprávnený vstupovať do zmluvných vzťahov medzi ZP a PZS. Navrhovaná úprava by zaviedla zbytočnú dvojitú kontrolu (v prípade vecných námietok by ÚDZS musel kontrolovať poskytovanie ZS, aby vedel vyhodnotiť oprávnenosť týchto námietok). PZS má v každom prípade právo súdnej ochrany.**  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SLK** | **čl. II** navrhujeme v § 2 ods. 9 sa na konci pripojiť slová  „funkčnej poruchy, príčiny choroby alebo funkčnej poruchy.“ Odôvodnenie: Doplnenie ustanovenia je potrebné na podporu rozvoja segmentu preventívnej medicíny a segmentu dlhodobej starostlivosti. Podľa doterajšieho znenia § 2 ods. 9 je výsledkom diagnostiky určenie choroby. Uvedené nezodpovedá ani historickému ani aktuálnemu poznaniu v medicíne. Výsledkom diagnostiky môže byť nielen určenie choroby, ale aj určenie funkčnej poruchy alebo zistenie príčiny choroby alebo funkčnej poruchy. Diferenciácia pacientov s rovnakou diagnózou ale odlišnou funkčnou poruchou umožňuje lepšie zacielenie poskytovanej starostlivosti  v závislosti od potrieb konkrétneho pacienta. | **Z** |  | nad rámec  Súčasné znenie zákona je dostatočné, v diagnostike sú zahrnuté aj funkčné poruchy, príčiny choroby alebo funkčnej poruchy, ktoré sú zahrnuté v kodológii MKCH  Diagnostika je vedecká disciplína zaoberajúca sa metódami zisťovania chorôb a ich príznakov. Je to náuka o rozpoznávaní a pomenovaní choroby- vedie k určeniu diagnózy podľa MKCH 10 . Súčasťou diagnóz je aj miera funkčnej poruchy (napr. ICHS NYHA I. až IV.) tam, kde je potrebné ju vyjadriť. Posudzovanie funkčnej poruchy podľa Medzinárodnej klasifikácie funkčných schopností je určená na posudzovanie miery zdravotného postihnutia z hľadiska spoločenského a pracovného uplatnenia osoby. Je na zváženie, či sa bude okrem diagnózy podľa MKCH 10 zavádzať aj posúdenie podľa MKF  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SLK** | **čl. II** Navrhujeme v § 3 ods. 1 za slová „v medzinárodnej klasifikácii chorôb“ vložiť slová „alebo v medzinárodnej klasifikácii funkčných porúch.“ Odôvodnenie: Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na úpravu v § 2 ods. 9, podľa ktorej môže byť výsledkom diagnostiky nielen určenie choroby, ale aj určenie funkčnej poruchy. Uvedené je dôležité na podporu rozvoja preventívnej ale aj dlhodobej zdravotnej starostlivosti. | **Z** |  | nad rámec  Funkčná porucha je obsahovo zahrnutá v príslušných ustanoveniach § 3 ods. 2 zákona  Výkony preventívnej starostlivosti sú v ZZV definované tak ako v prílohe zákona č. 577/2004 v znení neskorších predpisov. §3 dostatočne jasne definuje zdravotný výkon zaradený do ZZV.  ZZV je štruktúrovaný podľa anatomických skupín, nie podľa diagnóz  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SLK** | **čl. II** Navrhujeme v § 3 ods. 2 písm. d), f) a g) sa za slovo “choroby” vložiť slová “alebo funkčnej poruchy”. Odôvodnenie: Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na úpravu v § 2 ods. 9, podľa ktorej môže byť výsledkom diagnostiky nielen určenie choroby, ale aj určenie funkčnej poruchy. Vytvorenie rámca pre potenciálne definovanie zdravotných výkonov vedúcich k zabráneniu zhoršovania funkčnej poruchy alebo zmierňovaniu prejavov funkčnej poruchy, ak by to bolo potrebné. | **Z** |  | nad rámec  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SLK** | **Čl. I** navrhujeme vložiť nový § 9c: "(1) Úrad rozhoduje o námietkach poskytovateľa zdravotnej starostlivosti proti protokol o výsledku kontrolnej činnosti, pokiaľ o nich nerozhodla zdravotná poisťovňa. (2) Podkladom pre rozhodovanie je námietka, protokol o výsledku kontrolnej činnosti a iné relevantné doklady predložené zdravotnou poisťovňou alebo poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. (3) Ak je to nevyhnutné, úrad doterajšie konanie doplní, a za týmto účelom úrad vyzve zdravotnú poisťovňu alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na predloženie dokladov v lehote piatich pracovných dní odo dňa doručenia výzvy. Zdravotnú poisťovňu alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zároveň úrad upozorní, že ak na výzvu nedoplní konanie, rozhodne podľa obsahu spisovej dokumentácie. (4) Ak sú na to dôvody, protokol o výsledku kontrolnej činnosti zmení alebo zruší, inak námietky zamietne a rozhodnutie potvrdí. (5) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý podal námietky, môže tieto námietky vziať späť. Ak vzal námietky späť, nemôže ich podať znovu. (6) Ak poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vzal námietky späť, úrad konanie zastaví. (7) Rozhodnutie sa doručuje všetkým účastníkom konania. Na doručovanie sa primerane použijú ustanovenia osobitného predpisu.97a) (8) Chyby v písaní, v počtoch a iné zrejmé nesprávnosti v písomnom vyhotovení rozhodnutia úrad aj bez návrhu opraví a upovedomí o tom účastníkov konania. (9) Proti rozhodnutiu úradu nie je možné podať odvolanie. (10) Doručené rozhodnutie úradu, proti ktorému sa nemožno odvolať, je právoplatné." | **Z** |  | nad rámec  Pre navrhovanú kompetenciu úradu je nutná širšia legislatívna úprava. Je nutné vyriešiť čo bude v kompetencii úradu pri späťvzatí námietok zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti rozhodnúť, či konanie zastaví alebo v ňom bude pokračovať. Taktiež je potrebné vyčísliť finančný dopad na rozpočet úradu a zabezpečiť jeho finančné krytie.  **ÚDZS nie je oprávnený vstupovať do zmluvných vzťahov medzi ZP a PZS. Navrhovaná úprava by zaviedla zbytočnú dvojitú kontrolu (v prípade vecných námietok by ÚDZS musel kontrolovať poskytovanie ZS, aby vedel vyhodnotiť oprávnenosť týchto námietok). PZS má v každom prípade právo súdnej ochrany**  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SLK** | **Čl. I** v § 18 ods. 1 navrhujeme za doterajšie písm. s) vložiť nové písm. t) v znení: „t) rozhoduje o námietkach poskytovateľa zdravotnej starostlivosti proti protokolu o výsledku kontrolnej činnosti“. Doterajšie písm. t) sa mení na písm. u). Odôvodnenie k pripomienkam 1 až 4: Vzťah zdravotnej poisťovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nie je rovnocenný. Nerovnocenný vzťah sa prejavuje v prípade kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne podľa § 9. Ak si zdravotná poisťovňa na základe kontrolnej činnosti voči poskytovateľovi uplatňuje pohľadávku (napr. vrátenie úhrady za nesprávne vykázanú zdravotnú starostlivosť alebo nesprávne predpísaný liek) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemá reálnu možnosť obrany, nakoľko zdravotná poisťovňa si nemusí pohľadávku uplatňovať žalobou na súde, kde by musela preukázať opodstatnenosť nároku, ale pohľadávku voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti si započíta s pohľadávkou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej starostlivosti. Takýmto spôsobom zdravotná poisťovňa prenáša na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti ťarchu bránenia sa podaním žaloby, čo však vzhľadom na neistotu ďalšieho zazmluvnenia alebo hrozbu ďalších kontrol, nie je reálne. Ďalej v rámci kontrol činnosti zdravotnej poisťovne sú poskytovatelia nezvýhodnení aj tým, že o námietkach poskytovateľov voči rozhodnutiam zdravotných poisťovní rozhodujú zdravotné poisťovne. Súdne preskúmavanie je síce teoreticky možné, ale prakticky vzhľadom na vyššie uvedené dôvody a trvanie súdnych konaní nerealizovateľné. Z doterajšej praxe a nerovnovážneho vzťahu zdravotná poisťovňa – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vyplýva potreba existencie orgánu, ktorý by rýchlo rozhodoval spory medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzniknuté z kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne. | **Z** |  | nad rámec  Zmluvný poskytovateľ a zdravotná poisťovňa sú zmluvní partneri, ktorí uzatvorili zmluvu. V prípade porušenia zmluvných podmienok, ak sa nedohodnú, môžu sa svojich práv domáhať súdnou cestou  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SLK** | **čl. II** V § 3 ods. 2 písm. e) sa navrhujeme za slovo “prevencii” vložiť slová “vrátane zisťovania rizikových faktorov a príčin výskytu choroby alebo funkčnej poruchy.” Odôvodnenie: Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na úpravu v § 2 ods. 9, podľa ktorej môže byť výsledkom diagnostiky nielen určenie choroby, ale aj určenie príčin ochorenia alebo funkčnej poruchy. Vytvorenie rámca pre potenciálne definovanie zdravotných výkonov vedúcich k zisťovaniu výskytu rizikových faktorov alebo iných príčin vzniku ochorenia alebo funkčnej poruchy. A lepšie zacielenie zdravotníckych intervencií v dlhodobej zdravotnej starostlivosti v závislosti od aktuálnych potrieb pacienta. | **Z** |  | nad rámec  Nie je z návrhu zrejmé, aký dopad na verejné zdravotné poistenie bude mať tento návrh.  ZZV je štruktúrovaný podľa anatomických skupín, nie podľa diagnóz  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SLK** | **čl. II** V § 4 ods. 3 navrhujem slovo „stavu“ nahradiť slovom „potrieb“. Odôvodnenie: Lekári podľa súčasného znenia sú povinní liečiť podľa štandardných postupov a stavu pacienta. Aby neboli nútení „podľa stavu pacienta“ ordinovať liečbu, ktorú pacient nechce, len preto, že ho k tomu zaväzujú štandardy, mal by mať voľnosť zisťovať potrebu pacienta. Zisťovanie potrieb je bežným zahraničným štandardom. | **Z** |  | nad rámec  Dostačujúce a vhodné je súčasné legislatívne znenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004.  Všetky potreby nemáme možnosť napĺňať a ani ich uhradiť z verejného zdravotného poistenia.  Súčasná legislatívna úprava je dostatočná, individuálne potreby pacient môže riešiť mimo zdravotného poistenia a mimo štandardov. Zohľadnenie individuálneho zdravotného stavu pacienta dostatočným spôsobom umožňuje ošetrujúcemu lekárovi zabezpečiť pacientovi v rámci štandardov adekvátnu zdravotnú starostlivosť.  V ustanovení sa myslí „zdravotného stavu“. Navrhované slovné spojenie „zdravotných potrieb“ nevystihuje liečbu lege artis. Pacient môže kedykoľvek navrhovanú liečbu po poučení odmietnuť, takže nie je nútený ju podstúpiť.  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SLK** | **čl. II** V § 4 ods. 3 navrhujeme za slová „správne určenie choroby“ vložiť čiarku a slová „funkčnej poruchy alebo určenie príčiny choroby alebo funkčnej poruchy.“ Odôvodnenie: Rozvoj segmentu preventívnej medicíny. Podľa doterajšieho znenia § 4 ods. 3 je zdravotná starostlivosť poskytnutá správne vtedy, ak sa vykonajú všetky výkony potrebné na správne určenie choroby. Uvedené nezodpovedá ani historickému ani aktuálnemu poznaniu v medicíne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne aj vtedy, keď vedie k správnemu určeniu funkčnej poruchy a aj vtedy, keď vedie k zisteniu príčiny ochorenia alebo funkčnej poruchy. Táto definícia tiež umožní lepšie zacielenie zdravotníckych intervencií v dlhodobej zdravotnej starostlivosti v závislosti od aktuálnych potrieb pacienta. | **Z** |  | nad rámec  Súčasné znenie zákona považujeme za dostatočné, zahŕňajúce obsahovo aj navrhovanú legislatívnu úpravu.  Diagnostika je vedecká disciplína zaoberajúca sa metódami zisťovania chorôb a ich príznakov. Je to náuka o rozpoznávaní a pomenovaní choroby- vedie k určeniu diagnózy.  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SLK** | **Čl. I** v § 8 navrhujeme vložiť nový ods. 16 v znení: „(16) Proti pohľadávkam poskytovateľa zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni na úhradu zdravotnej starostlivosti nie je možné jednostranné započítanie vzájomných pohľadávok.“ | **Z** | **N** | Jedná sa o obchodný vzťah, započítanie je riešené v obchodnom a občianskom zákonníku. Z dôvodu hospodárneho vynakladania verejných zdrojov a v rámci zmluvných vzťahov je započítanie vzájomných pohľadávok legálnym, legitímnym a potrebným spôsobom riešenia nesprávneho a neoprávneného vykazovania zdravotnej starostlivosti zo strany PZS v reálnom čase.  Navyše zápočet je štandardný nástroj na vysporiadanie pohľadávok a v praxi rýchlejšia cesta vyrovnania finančných záväzkov.  Navrhované ustanovenie by bolo v rozpore s platným ustanovením § 85g.  Na rozporovom rokovaní sa dohodlo, že to bude predmetom diskusie so všetkými dotknutými subjektami. |
| **SOCPOIST** | **čl. IV - k bodu 57 - k § 29b ods. 19 písmeno g)** Uvedený novelizačný bod žiadame vypustiť. Podľa predloženého návrhu by Sociálna poisťovňa mala poskytnúť zdravotnej poisťovni na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia súčinnosť pri vykonávaní kontrolnej činnosti v rozsahu nevyhnutnom na dosiahnutie tohto účelu a zo svojho informačného systému by mala poskytnúť zdravotnej poisťovni prostredníctvom informačného systému verejnej správy podľa osobitného predpisu elektronicky na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje o nezaopatrenom dieťati v rozsahu meno, priezvisko, rodné priezvisko, rodné číslo, osobné identifikačné číslo; ak ide o cudzinca, osobné identifikačné číslo pridelené Sociálnou poisťovňou, dátum narodenia, štátna príslušnosť, adresa trvalého pobytu, adresa prechodného pobytu, dátum začiatku a ukončenia nezaopatrenosti. V osobitnej časti dôvodovej správy k návrhu zákona je k predmetnému bodu uvedené: „Sociálna poisťovňa eviduje nezaopatrené deti podľa § 11 ods. 7 písm. a) zákona. Evidencia najväčšej skupiny nezaopatrených detí je určená legislatívou, na základe, ktorej sú deti uznávané za nezaopatrené a sú na základe týchto údajov poskytované príspevky zákonným zástupcom. Ide o najvalidnejšiu evidenciu pre určenie platiteľa poistného štát.“. Odôvodnenie: Sociálna poisťovňa nevedie evidenciu nezaopatrených detí tak, ako je to uvedené v osobitnej časti dôvodovej správy. Z hľadiska svojej vecnej pôsobnosti Sociálna poisťovňa eviduje v informačnom systéme iba vybrané údaje o nezaopatrených deťoch v súvislosti s konkrétnymi nárokmi na niektoré dávky sociálneho poistenia. Sociálna poisťovňa nedisponuje údajmi nezaopatrených detí v rozsahu uvedenom v predmetnom ustanovení, a preto je navrhnuté ustanovenie nevykonateľné. Táto pripomienka je zásadná. | **Z** | **A** |  |
| **SOCPOIST** | **Nad rámec návrhu - k zákonu č. 576.2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov - k § 12a ods. 14** V § 12a ods. 14 navrhujeme možnosť spätného vystavenia potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti z cudziny neviazať len na hospitalizáciu. Odôvodnenie: V praxi sa vyskytujú napr. aj prípady, kedy osoba utrpí v cudzine úraz, ktorý odôvodňuje uznanie dočasnej pracovnej neschopnosti. V takýchto prípadoch, ak potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti z určitého dôvodu nevystaví ošetrujúci lekár v zahraničí, poistencovi nie je možné v zmysle platnej právnej úpravy spätne vystaviť potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti ošetrujúcim lekárom v Slovenskej republike. | **O** | **N** | nad rámec  považujeme za podnet do najbližšej novelizácie |
| **SOCPOIST** | **čl. II - – k zákonu č. 576.2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov - k § 12a ods. 4** V § 12a ods. 4 navrhujeme zmierniť možnosť spätného uznania dočasnej pracovnej neschopnosti ošetrujúcim lekárom, konkrétne rozšíriť možnosť spätného uznania tri dni spätne bez striktnej viazanosti na lekársky nález zubno-lekárskej pohotovostnej služby, ambulantnej pohotovostnej služby alebo ústavnej pohotovostnej služby. Odôvodnenie: Podľa súčasnej právnej úpravy v prípade úrazov a akútnych ochorení, pri ktorých z objektívnych dôvodov nebolo možné dočasnú pracovnú neschopnosť vystaviť v aktuálnom čase (napr. z dôvodu trvania sviatkov, víkendov, z dôvodu trvania vysokých horúčok, poistenec navštívil odborného lekára, ktorý však nebol oprávnený vystaviť tlačivo potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti a pod.), poistenec je ukrátený o obdobie dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane náhrady príjmu alebo nemocenského za uvedené obdobie. Aplikačná prax preukázala, že striktné obmedzenie spätného vystavenia dočasnej pracovnej neschopnosti najviac tri dni spätne iba na základe lekárskeho nálezu zubno-lekárskej pohotovostnej služby, ambulantnej pohotovostnej služby alebo ústavnej pohotovostnej služby má za následok, že dočasne práceneschopný poistenec bez nálezu pohotovostnej služby nemôže byť uznaný za dočasne práceneschopného spätne, aj keď jeho zdravotný stav medicínsky opodstatňuje uznanie dočasnej pracovnej neschopnosti. Z uvedeného dôvodu navrhujeme, aby opodstatnenosť spätného uznania dočasnej pracovnej neschopnosti bola v právomoci ošetrujúceho lekára, podľa konkrétnych okolností ochorenia alebo úrazu. | **O** | **N** | nad rámec  považujeme za podnet do najbližšej novelizácie |
| **SOCPOIST** | **čl. I - k bodu 15 - k § 15 ods. 1 písmeno ah)** V § 15 ods. 1 písmeno ah) navrhujeme slová „Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky“ nahradiť slovami „Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny“. Odôvodnenie: Úpravu navrhujeme z dôvodu správneho označenia príslušnej inštitúcie. | **O** | **A** | Ustanovenie bolo prepracované. |
| **SOCPOIST** | **Nad rámec návrhu k čl. I - k zákonu č. 581.2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov- k § 76 ods.5 písm. a) piaty bod** V § 76 ods. 5 písm. a) piatom bode zákona č. 581/2004 Z. z. navrhujeme za slovami „pri výkone sociálneho poistenia,95c)“ doplniť slová „najmä poskytovanie údajov z účtu poistenca vedeného podľa § 16 ods. 2“. Odôvodnenie: Sociálna poisťovňa v rámci svojej činnosti v zmysle § 76 ods. 5 písm. a) piateho bodu zákona č. 581/2004 Z. z. žiada zdravotné poisťovne o poskytnutie údajov z účtu poistenca. Postup zdravotných poisťovní nie je jednotný a Sociálnej poisťovni nie sú vždy poskytnuté požadované údaje. Z dôvodu aplikačných problémov v praxi a nejednoznačného výkladu, navrhujeme doplniť predmetné ustanovenie zákona. V prípade, ak táto pripomienka nebude akceptovaná, navrhujeme doplnenie uvedenej skutočnosti do osobitnej časti dôvodovej správy. Konkrétne k článku I k novelizačnému bodu 21 (§ 16 ods. 7) navrhujeme za slovami „pre všetky skupiny osobných údajov“ doplniť slová „spracúvaných zdravotnou poisťovňou vrátane údajov obsiahnutých v účte poistenca“. | **O** | **N** | nad rámec  Súčasné platné znenie citovaného ustanovenia je dostatočné na to, aby SP boli poskytnuté všetky informácie, ktoré na výkon posudkovej činnosti potrebuje. Účet poistenca obsahuje aj údaje, ktoré k výkonu posudkovej činnosti nie sú potrebné.  V rámci mlčanlivosti má zdravotná poisťovňa daný potrebný rozsah poskytovaných údajov. Rozsah je primeraný. S ohľadom na GDPR nemožno akceptovať. V rámci definovaných súčinností sú poskytované údaje aj posudkovým lekárom a pod**.** |
| **ÚDZS** | **K Čl. I z. č. 581.2004 Z. z. K § 85h ods. 3**  32. K § 85h ods. 3 Navrhujeme vypustiť spojenie: „Úrad vydáva platobné výmery“ a nahradiť ho spojením: „Zdravotná poisťovňa vydáva výkaz nedoplatkov“. Odôvodnenie: Novela ruší kompetenciu úradu vydávať platobné výmery (navrhovaný § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. zákona č. 581/2004 Z. z.), preto navrhujeme zosúladiť s touto zmenou aj iné ustanovenia zákona. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **27. K bodu 60 - § 77a ods. 7 a ods. 8**  Navrhujeme doplniť alternatívu späťvzatia nesúhlasného stanoviska a následkov tohto späťvzatia, ako aj ustanovenia, ktoré určí dobu, do ktorej možno späťvzatie vykonať (napr. do vydania rozhodnutia úradom, alebo do nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia úradu o námietkach, resp. o nesúhlasom stanovisku). Odôvodnenie: Návrh novely upravuje len prípady, kedy dôjde k späťvzatiu námietok proti výkazu nedoplatkov a následky tohto späťvzatia, avšak prípady späťvzatia nesúhlasného stanoviska a následky späťvzatia nesúhlasného stanoviska upravené nie sú, hoci táto alternatíva môže v praxi nastať. Za účelom odstránenia rizika aplikačných problémov navrhujeme tiež zvážiť dopracovane úpravy, ktorá určí do akej doby je možné námietky, resp. nesúhlasné stanovisko vziať späť. | **O** | **N** | Konanie o nesúhlasnom stanovisku je upravené v § 19 ods. 12 a nasl. zákona č. 580/2004 Z. z. a účastníkmi sú platiteľ poistného a zdravotná poisťovňa.  ÚDZS do konania vstúpi až vtedy, ak niektorý z účastníkov podá podnet na výkon dohľadu v danej veci.  Vzhľadom k termínom na výkon ročného zúčtovania poistného a počtom preplatkov sa nejaví účelné v tomto procese využívať obdobné postupy, ako pri námietkach voči výkazu nedoplatkov. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 60 - § 77a ods. 7 a ods. 8~~**  ~~Navrhujeme doplniť alternatívu späťvzatia nesúhlasného stanoviska a následkov tohto späťvzatia, ako aj ustanovenia, ktoré určí dobu, do ktorej možno späťvzatie vykonať (napr. do vydania rozhodnutia úradom, alebo do nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia úradu o námietkach, resp. o nesúhlasom stanovisku). Odôvodnenie: Návrh novely upravuje len prípady, kedy dôjde k späťvzatiu námietok proti výkazu nedoplatkov a následky tohto späťvzatia, avšak prípady späťvzatia nesúhlasného stanoviska a následky späťvzatia nesúhlasného stanoviska upravené nie sú, hoci táto alternatíva môže v praxi nastať. Za účelom odstránenia rizika aplikačných problémov navrhujeme tiež zvážiť dopracovane úpravy, ktorá určí do akej doby je možné námietky, resp. nesúhlasné stanovisko vziať späť.~~ | **~~O~~** | **N** | Konanie o nesúhlasnom stanovisku je upravené v § 19 ods. 12 a nasl. zákona č. 580/2004 Z. z. a účastníkmi sú platiteľ poistného a zdravotná poisťovňa.  ÚDZS do konania vstúpi až vtedy, ak niektorý z účastníkov podá podnet na výkon dohľadu v danej veci.  Vzhľadom k termínom na výkon ročného zúčtovania poistného a počtom preplatkov sa nejaví účelné v tomto procese využívať obdobné postupy, ako pri námietkach voči výkazu nedoplatkov. |
| **ÚDZS** | **K návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv K Prílohe č. 5**  Navrhujeme doplniť do zoznamu plánovanej zdravotnej starostlivosti všetky druhy s uvedením lehoty časovej dostupnosti, ktorú nie je možné prekročiť. Odôvodnenie: Je nevyhnutné na účely sledovania a vyhodnocovania manažmentu poistenca a poskytnutia a úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti definovať tento zoznam ako úplný, nie ako indikatívny. | **O** | **A** | zoznam sa doplní po vyhodnotení siete IZP |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods. 3 písm. c)**  Navrhujeme doplniť dôvody, pre ktoré sa v prípade zastavenia exekúcie bude pohľadávka odpisovať (napr. odkazom na konkrétne ustanovenia Exekučného poriadku, ktoré upravujú jednotlivé dôvody zastavenia exekúcie). Odôvodnenie: Nie každý dôvod, pre ktorý je exekúcia zastavená je zároveň dôvodom na odpis pohľadávky. Exekúcia sa zastavuje napr. z dôvodu, že sa zistia nedostatky na strane exekučného titulu, to však nemusí mať vplyv na dôvodnosť pohľadávky, ak sa nedostatky exekučného titulu odstránia, pohľadávka je vymáhateľná, rovnako v prípade, ak sa exekúcia zastaví napr. z dôvodu začatia konania podľa zákona č. 7/2005 Z. z. Ani v tomto prípade nie je dôvod na odpis pohľadávky. Pohľadávka sa prihlasuje do príslušného konania. Príliš široká formulácia tohto ustanovenia môže mať za následok bezdôvodné odpisovanie pohľadávok a nakoľko ide o možnosť zdravotnej poisťovne, nie jej povinnosť, je riziko nerovnakého prístupu k dlžníkom. | **O** | **N** | dôvody uvedené v odkaze - § 61n ods. 1 písm. a), c) a d) zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 233/1995 Z. z. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~11. K bodu 30 - § 20b ods. 3~~**  ~~Navrhujeme doplniť nové písm. d) nasledovne: „d) pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov pre nasledujúci kalendárny rok do 15. decembra.“ Odôvodnenie: Úrad požaduje, aby v jeho kompetencii bolo vydávanie pravidiel kódovania k termínu 15. decembra vzhľadom na spracúvanie údajov od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti Centrom pre klasifikačný systém~~ | **~~O~~** | **~~ČA~~** | Poskytovateľ je povinný kódovať poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti v súlade s pravidlami kódovania zdravotných výkonov. Táto povinnosť je sankčná a vzhľadom na uvedené je z dôvodu jednoznačnosti nevyhnutné, aby pravidlá kódovania boli ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 z. z. K bodu 30 - § 20b ods. 3**  Navrhujeme doplniť nové písm. d) nasledovne: „d) pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov pre nasledujúci kalendárny rok do 15. decembra.“ Odôvodnenie: Úrad požaduje, aby v jeho kompetencii bolo vydávanie pravidiel kódovania k termínu 15. decembra vzhľadom na spracúvanie údajov od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti Centrom pre klasifikačný systém | **O** | **ČA** | Poskytovateľ je povinný kódovať poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti v súlade s pravidlami kódovania zdravotných výkonov. Táto povinnosť je sankčná a vzhľadom na uvedené je z dôvodu jednoznačnosti nevyhnutné, aby pravidlá kódovania boli ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~12. K § 20c ods. 1~~**  ~~Navrhujeme doplniť v ods. 1 ďalšiu vetu v znení: „Odborne spôsobilá osoba používa klasifikačné zoznamy v súlade s pravidlami kódovania v klasifikačnom systéme.“ Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť do zákona povinnosť odborne spôsobilej osoby používať klasifikačné zoznamy podľa pravidiel kódovania.~~ | **~~O~~** | **A** | je vyjadrené v § 20c ods. 11 písm. f) |
| **ÚDZS** | **K Čl. I z. č. 581.2004 Z. z. K § 20c ods. 1**  Navrhujeme doplniť v ods. 1 ďalšiu vetu v znení: „Odborne spôsobilá osoba používa klasifikačné zoznamy v súlade s pravidlami kódovania v klasifikačnom systéme.“ Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť do zákona povinnosť odborne spôsobilej osoby používať klasifikačné zoznamy podľa pravidiel kódovania. | **O** | **A** | je vyjadrené v § 20c ods. 11 písm. f) |
| **~~ÚDZS~~** | **~~31. K § 85h ods. 2~~**  ~~Navrhujeme na konci ods. 2 doplniť spojenie: „alebo právoplatného výkazu nedoplatkov“. Odôvodnenie: Zdravotné poisťovne vymáhajú nielen pohľadávky predpísané platobným výmerom, ale aj výkazom nedoplatkov, ak o pohľadávke právoplatne rozhodla zdravotná poisťovňa.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K § 85h ods. 2**  Navrhujeme na konci ods. 2 doplniť spojenie: „alebo právoplatného výkazu nedoplatkov“. Odôvodnenie: Zdravotné poisťovne vymáhajú nielen pohľadávky predpísané platobným výmerom, ale aj výkazom nedoplatkov, ak o pohľadávke právoplatne rozhodla zdravotná poisťovňa. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods.1 písm. d)**  Navrhujeme na konci písm. d) doplniť slovné spojenie: „alebo po splnení konečného rozvrhu výťažku“. Odôvodnenie: Rozvrhové uznesenie bolo v staršej právnej úprave konkurzov, v aktuálne platnej právnej úprave sa zostavuje konečný rozvrh výťažku. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods.1 písm. f)**  Navrhujeme na konci písm. f) doplniť spojenie: „alebo o zastavení konkurzného konania pre nedostatok majetku“. Odôvodnenie: Navrhovaný text vychádza zo staršej právnej úpravy, nezohľadňuje aktuálnu právnu úpravu, preto navrhujeme doplniť aj text, ktorý vychádza z aktuálnej právnej úpravy. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 4 - § 8 ods. 1 písm. b)**  Navrhujeme nové spojenie upraviť nasledovne: „telefónne číslo a e-mailová adresa, ak ich poistenec má a súhlasí s ich poskytnutím“. Odôvodnenie: Terminologické spresnenie. | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~8. K bodu 26 - § 18 ods. 1 písm. v) – zásadná~~**  ~~Navrhujeme slovné spojenie za bodkočiarkou: „zdravotné poisťovne hradia“ nahradiť spojením: „úrad uhrádza“. Odôvodnenie: Ide o podieľanie sa na nákladoch prístupového bodu zo strany úradu, teda úrad by mal hradiť aj tieto náklady~~ | **~~Z~~** | **~~A~~** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z K bodu 26 - § 18 ods. 1 písm. v) – zásadná**  Navrhujeme slovné spojenie za bodkočiarkou: „zdravotné poisťovne hradia“ nahradiť spojením: „úrad uhrádza“. Odôvodnenie: Ide o podieľanie sa na nákladoch prístupového bodu zo strany úradu, teda úrad by mal hradiť aj tieto náklady. | **Z** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods. 4 a ods. 5**  Navrhujeme slovne spojenie: „fyzická alebo právnická osoba, voči ktorej má zdravotná poisťovňa pohľadávku“ nahradiť spojením: „dlžník“ alebo iným spoločným označením dlžníka, ktoré bude používané v celom právnom predpise. Odôvodnenie: V celom právnom predpise by mala byť používaná jednotná terminológia pri označovaní rovnakého okruhu subjektov | **O** | **N** | pojem „dlžník“ je už v zákone použitý v § 25a ods. 1; je to užší pojem ako subjekt, voči ktorému má zdravotná poisťovňa pohľadávku |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 51 - § 28 ods. 4 písm. e)**  Navrhujeme spojenie: „ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia“ nahradiť spojením: „bezvýznamové identifikačné číslo, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo“. Odôvodnenie: Potrebná úprava z dôvodu zosúladenia právnych predpisov. Navrhujeme v ustanoveniach, v ktorých sa dopĺňalo bezvýznamové identifikačné číslo doplnenie aj novej položky dátum narodenia pre všetkých, ktorí majú rodné číslo, a aj tých, ktorí majú bezvýznamové identifikačné číslo. Z bezvýznamového identifikačného čísla sa dátum narodenia nedá určiť tak ako z rodného čísla. V prípade vytvorenia prehľadu, resp. štatistiky podľa veku, bezvýznamové identifikačné čísla by sa nedali zaradiť. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 18 - § 17a ods. 11**  Navrhujeme spojenie: „ktorému bol výkaz nedoplatkov vystavený“ nahradiť spojením: „voči ktorému si zdravotná poisťovňa pohľadávku výkazom nedoplatkov uplatnila.“ Odôvodnenie: Navrhujeme terminologické zosúladenie so znením zákona. | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~5. K bodu 23 - § 18 ods. 1 písm. b) – zásadná~~**  ~~Navrhujeme spresniť formuláciu predmetu dohľadu, ktorou sa rozširuje predmet dohľadu. Odôvodnenie: Z navrhovanej právnej úpravy uvedenej v § 18 ods. 1 písm. b) ani z dôvodovej správy nie je jednoznačne zrejmé, o aké prípady neposkytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti pôjde. Uvedená právna úprava sa oproti terajšej dopĺňa o výkon dohľadu nad neposkytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti a nad poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti a o výkon dohľadu nad neposkytnutím zdravotnej starostlivosti v súlade so štandardnými postupmi. Z uvedeného znenia nie je jednoznačné, či úrad bude vykonávať dohľad aj v prípade, ak pacient, ktorý sa domáha ošetrenia nebude vôbec ošetrený, čiže nebude vôbec poskytnutá zdravotná starostlivosť. V danom prípade totiž nie je možné ani relevantne zistiť, či sa jednalo o odkladnú alebo neodkladnú zdravotnú starostlivosť, pretože nie je k dispozícii zdravotná dokumentácia, na základe ktorej by bolo možné hodnotiť správnosť postupu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Úrad sa dostane do pozície hodnotenia tvrdenia pacienta proti tvrdeniu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Nehovoriac o následnom dokazovaní v správnom konaní. Zároveň máme za to, že by došlo k zdvojeniu kompetencie s orgánom príslušným na vydanie povolenia pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa § 79 ods. 1 písm. b) zák. č. 578/2004 Z. z., ktorý je vecne príslušný vykonávať dozor nad povinnosťou - poskytnúť bez zbytočného odkladu každej osobe neodkladnú zdravotnú starostlivosť a na pokyn operačného strediska záchrannej zdravotnej služby poskytnúť súčinnosť poskytovateľovi záchrannej zdravotnej služby V súčasnosti úrad vykonáva dohľad nad poskytnutím zdravotnej starostlivosti ako takej s tým, že kontroluje, aby bola v súlade so štandardnými postupmi ako ustanovuje § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Ak sa ale pod doplnenou právnou úpravou rozumie výkon dohľadu nad prípadmi neposkytnutia zdravotnej starostlivosti ako takej (teda aj prípady odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti – veľa pacientov, chýbajúce časenky, nepríslušnosť lekára a pod., ktoré sa v súčasnosti odstupujú na prešetrenie iným orgánom, najčastejšie samosprávnym krajom), dovoľujeme si upozorniť na skutočnosť, že na preukázanie skutočností ohľadom neposkytnutia zdravotnej starostlivosti, keďže o neposkytnutí zrejme neexistuje záznam v zdravotnej dokumentácii, bude chýbať úradu základný podklad pre výkon dohľadu, ktorým je zdravotná dokumentácia, a dôkazný prostriedok, ktorým možno preukázať pravdivosť tvrdení o neposkytnutí zdravotnej starostlivosti. Rovnako nie je z navrhovanej právnej úpravy zrejmé, aké prípady neposkytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti úrad má riešiť výkonom dohľadu. Ak by išlo napr. o prípad nevyšetrenia pacienta po úraze, ktorý je prípadom neodkladnej zdravotnej starostlivosti, nie je zrejmé, z akého podkladu pre výkon dohľadu bude úrad vychádzať. Poznamenávame, že aj v súčasnosti za terajšej právnej úpravy úrad výkonom dohľadu kontroluje správnosť poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti, napr. pri záchranných zdravotných službách a pod. Celá pripomienka vychádza zo skutočnosti, že z pripravovanej zmeny nie je jednoznačne možné si predstaviť, ktoré prípady – situácie budú podliehať kontrolnej právomoci úradu.~~ | **~~Z~~** | **~~A~~** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Dohľad možno vykonať nad niečím čo sa udialo. Avšak neposkytnutie zdravotnej starostlivosti „lege artis“, ktorá zodpovedá zdravotnému stavu pacienta je porušenie zákonnej povinnosti zdravotníckeho pracovníka, alebo poskytovateľa v každom prípade, nie len v rámci neodkladnej zdravotnej starostlivosti.  Úrad by mal mať právomoc/povinnosť kontrolovať celý kontext poskytovania zdravotnej starostlivosti t.j. nielen vtedy, ak sa poskytla (ako sa poskytla), lebo aj neposkytnutie či odmietnutie je de facto rozhodujúce pre konečný výsledok (život a zdravie pacienta). Naviac, ustanovizne vydávajúce povolenia nemajú ľudskú ani odbornú kapacitu aby práve takéto prípady riešili a úrad má všetky predpoklady na splnenie tejto úlohy. |
| **ÚDZS** | **k Čl. I z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 23 - § 18 ods. 1 písm. b) – zásadná**  Navrhujeme spresniť formuláciu predmetu dohľadu, ktorou sa rozširuje predmet dohľadu. Odôvodnenie: Z navrhovanej právnej úpravy uvedenej v § 18 ods. 1 písm. b) ani z dôvodovej správy nie je jednoznačne zrejmé, o aké prípady neposkytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti pôjde. Uvedená právna úprava sa oproti terajšej dopĺňa o výkon dohľadu nad neposkytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti a nad poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti a o výkon dohľadu nad neposkytnutím zdravotnej starostlivosti v súlade so štandardnými postupmi. Z uvedeného znenia nie je jednoznačné, či úrad bude vykonávať dohľad aj v prípade, ak pacient, ktorý sa domáha ošetrenia nebude vôbec ošetrený, čiže nebude vôbec poskytnutá zdravotná starostlivosť. V danom prípade totiž nie je možné ani relevantne zistiť, či sa jednalo o odkladnú alebo neodkladnú zdravotnú starostlivosť, pretože nie je k dispozícii zdravotná dokumentácia, na základe ktorej by bolo možné hodnotiť správnosť postupu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Úrad sa dostane do pozície hodnotenia tvrdenia pacienta proti tvrdeniu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Nehovoriac o následnom dokazovaní v správnom konaní. Zároveň máme za to, že by došlo k zdvojeniu kompetencie s orgánom príslušným na vydanie povolenia pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa § 79 ods. 1 písm. b) zák. č. 578/2004 Z. z., ktorý je vecne príslušný vykonávať dozor nad povinnosťou - poskytnúť bez zbytočného odkladu každej osobe neodkladnú zdravotnú starostlivosť a na pokyn operačného strediska záchrannej zdravotnej služby poskytnúť súčinnosť poskytovateľovi záchrannej zdravotnej služby V súčasnosti úrad vykonáva dohľad nad poskytnutím zdravotnej starostlivosti ako takej s tým, že kontroluje, aby bola v súlade so štandardnými postupmi ako ustanovuje § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Ak sa ale pod doplnenou právnou úpravou rozumie výkon dohľadu nad prípadmi neposkytnutia zdravotnej starostlivosti ako takej (teda aj prípady odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti – veľa pacientov, chýbajúce časenky, nepríslušnosť lekára a pod., ktoré sa v súčasnosti odstupujú na prešetrenie iným orgánom, najčastejšie samosprávnym krajom), dovoľujeme si upozorniť na skutočnosť, že na preukázanie skutočností ohľadom neposkytnutia zdravotnej starostlivosti, keďže o neposkytnutí zrejme neexistuje záznam v zdravotnej dokumentácii, bude chýbať úradu základný podklad pre výkon dohľadu, ktorým je zdravotná dokumentácia, a dôkazný prostriedok, ktorým možno preukázať pravdivosť tvrdení o neposkytnutí zdravotnej starostlivosti. Rovnako nie je z navrhovanej právnej úpravy zrejmé, aké prípady neposkytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti úrad má riešiť výkonom dohľadu. Ak by išlo napr. o prípad nevyšetrenia pacienta po úraze, ktorý je prípadom neodkladnej zdravotnej starostlivosti, nie je zrejmé, z akého podkladu pre výkon dohľadu bude úrad vychádzať. Poznamenávame, že aj v súčasnosti za terajšej právnej úpravy úrad výkonom dohľadu kontroluje správnosť poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti, napr. pri záchranných zdravotných službách a pod. Celá pripomienka vychádza zo skutočnosti, že z pripravovanej zmeny nie je jednoznačne možné si predstaviť, ktoré prípady – situácie budú podliehať kontrolnej právomoci úradu. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Dohľad možno vykonať nad niečím čo sa udialo. Avšak neposkytnutie zdravotnej starostlivosti „lege artis“, ktorá zodpovedá zdravotnému stavu pacienta je porušenie zákonnej povinnosti zdravotníckeho pracovníka, alebo poskytovateľa v každom prípade, nie len v rámci neodkladnej zdravotnej starostlivosti.  Úrad by mal mať právomoc/povinnosť kontrolovať celý kontext poskytovania zdravotnej starostlivosti t.j. nielen vtedy, ak sa poskytla (ako sa poskytla), lebo aj neposkytnutie či odmietnutie je de facto rozhodujúce pre konečný výsledok (život a zdravie pacienta). Naviac, ustanovizne vydávajúce povolenia nemajú ľudskú ani odbornú kapacitu aby práve takéto prípady riešili a úrad má všetky predpoklady na splnenie tejto úlohy. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~14. K § 23 ods. 1- zásadná~~**  ~~Navrhujeme upraviť písm. g) nasledovne: „g) rozhoduje o námietkach proti výkazu nedoplatkov a o nesúhlasnom stanovisku proti oznámeniu o výsledku ročného zúčtovania poistného, pokiaľ o nich nerozhodla zdravotná poisťovňa, a to na návrh ním ustanovenej poradnej komisie.“ Odôvodnenie: Po schválení navrhovaného nového znenia § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. a § 77a zákona č. 581/204 Z. z. navrhujeme doplniť novú kompetenciu predsedu úradu s ohľadom na zmenu systému predpisovania pohľadávok zdravotných poisťovní.~~ | **~~Z~~** |  |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. 14. K § 23 ods. 1- zásadná**  Navrhujeme upraviť písm. g) nasledovne: „g) rozhoduje o námietkach proti výkazu nedoplatkov a o nesúhlasnom stanovisku proti oznámeniu o výsledku ročného zúčtovania poistného, pokiaľ o nich nerozhodla zdravotná poisťovňa, a to na návrh ním ustanovenej poradnej komisie.“ Odôvodnenie: Po schválení navrhovaného nového znenia § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. a § 77a zákona č. 581/204 Z. z. navrhujeme doplniť novú kompetenciu predsedu úradu s ohľadom na zmenu systému predpisovania pohľadávok zdravotných poisťovní. | **Z** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K § 28 ods. 4**  Navrhujeme upraviť znenie 1. a 2. bodu nasledovne: „1. rodné číslo poistenca alebo bezvýznamové identifikačné číslo ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, 2. dátum narodenia“. Odôvodnenie: Potrebná úprava z dôvodu zosúladenia právnych predpisov ohľadom identifikácie cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo bezvýznamovým identifikačným číslom. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. 580.2004 Z. z. K § 27 ods. 2 písm. e)**  Navrhujeme upraviť znenie bodu 1. a 2. nasledovne: „1. rodné číslo poistenca, alebo bezvýznamové identifikačné číslo ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, 2. dátum narodenia“. Odôvodnenie: Potrebná úprava z dôvodu zosúladenia právnych predpisov ohľadom identifikácie cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo bezvýznamovým identifikačným číslom. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I z. č. 581.2004 Z. z. K § 18 ods. 1 písm. r) bod 3. – zásadná**  Navrhujeme upraviť znenie bodu 3. nasledovne: „3. prehliadajúcemu lekárovi poskytovateľa prevádzkujúceho zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľovi prevádzkujúcemu zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti úhradu za vykonanú prehliadku mŕtveho tela, ak sa prehliadka mŕtveho tela vykonala v tomto zdravotníckom zariadení.“ Odôvodnenie: Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú zabezpečovať prehliadky mŕtvych tiel v ich zdravotníckych zariadeniach, to znamená organizačne zabezpečiť vykonanie prehliadky mŕtveho tela prehliadajúcim lekárom. Úhradu za vykonanie prehliadok mŕtvych tiel v zdravotníckom zariadení úrad uhrádza priamo prehliadajúcim lekárom. Navrhujeme doplniť možnosť úhrady za prehliadky mŕtvych tiel v zdravotníckych zariadeniach aj poskytovateľovi prevádzkujúceho ústavné zdravotnícke zariadenie, vzhľadom na ich zodpovednosť spojenú s organizáciou prehliadok mŕtvych | **Z** | **ČA** | podľa vzájomnej dohody prepracované |
| **~~ÚDZS~~** | **~~6. K § 18 ods. 1 písm. r) bod 3. – zásadná~~**  ~~Navrhujeme upraviť znenie bodu 3. nasledovne: „3. prehliadajúcemu lekárovi poskytovateľa prevádzkujúceho zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľovi prevádzkujúcemu zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti úhradu za vykonanú prehliadku mŕtveho tela, ak sa prehliadka mŕtveho tela vykonala v tomto zdravotníckom zariadení.“ Odôvodnenie: Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú zabezpečovať prehliadky mŕtvych tiel v ich zdravotníckych zariadeniach, to znamená organizačne zabezpečiť vykonanie prehliadky mŕtveho tela prehliadajúcim lekárom. Úhradu za vykonanie prehliadok mŕtvych tiel v zdravotníckom zariadení úrad uhrádza priamo prehliadajúcim lekárom. Navrhujeme doplniť možnosť úhrady za prehliadky mŕtvych tiel v zdravotníckych zariadeniach aj poskytovateľovi prevádzkujúceho ústavné zdravotnícke zariadenie, vzhľadom na ich zodpovednosť spojenú s organizáciou prehliadok mŕtvych.~~ | **~~Z~~** | **~~ČA~~** | podľa vzájomnej dohody prepracované |
| **~~ÚDZS~~** | **~~10. K bodu 30 - § 20b ods. 1~~**  ~~Navrhujeme upraviť znenie ods. 1 nasledovne: „(1) Centrum pre klasifikačný systém najmä a) vykonáva prostredníctvom webového portálu zber medicínskych a ekonomických údajov súvisiacich s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti od užívateľov klasifikačného systému vždy za predchádzajúci kalendárny rok v termíne do 15.apríla, b) definuje štruktúru zberu údajov (dátové rozhranie) podľa predchádzajúceho písmena a podľa potreby žiada doplňujúce údaje od užívateľov klasifikačného systému aj nad rámec ročného zberu údajov, c) analyzuje zozbierané údaje z hľadiska štatistiky, pravidiel kódovania, kalkulácií nákladov, d) predkladá návrhy na zber ďalších ukazovateľov súvisiacich s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti, pre potrebu vykazovania kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti, e) je centrálnym referenčným pracoviskom pre klasifikačný systém DRG, f) zabezpečuje prevádzku, správu a vývoj referenčnej databázy, g) zabezpečuje prevádzku a správu programového vybavenia určeného na vývoj systému, h) zabezpečuje zber a spracovanie pripomienok užívateľov klasifikačného systému, i) vykonáva pravidelný ročný vývoj nových verzií klasifikačného systému, vydáva a aktualizuje katalóg prípadových paušálov, definičnú príručku, pravidlá kódovania a ostatné usmernenia a dokumenty súvisiace s používaním klasifikačného systému podľa § 20b ods. 3 a 4, j) stanovuje parametre DRG skupín a príslušné relatívne váhy, k) každoročne aktualizuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém DRG, l) vyjadruje sa k aktualizácii medzinárodnej klasifikácie chorôb, m) vykonáva odbornú prípravu na získanie odbornej spôsobilosti a ďalšie vzdelávanie pre klasifikačný systém podľa § 20c, n) vedie zoznam odborne spôsobilých osôb pre klasifikačný systém, ktoré získali odbornú spôsobilosť podľa § 20c (ďalej len „zoznam odborne spôsobilých osôb“) s náležitosťami podľa § 20c ods.10, o) aktualizuje zoznam odborne spôsobilých osôb, ktoré sú na základe získanej odbornej spôsobilosti poverené činnosťami podľa § 20c ods. 11 písm. a) až c) a ktoré poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti nahlasuje centru pre klasifikačný systém ako osobu zodpovednú za výkon činnosti súvisiaci s odbornou spôsobilosťou v klasifikačnom systéme. p) vydáva osvedčenia o zhode počítačového programu (ďalej len „osvedčenie zhody“) podľa § 20ca, q) dočasne pozastavuje platnosť osvedčenia o zhode podľa § 20ca ods. 9, r) zrušuje platnosť osvedčenia o zhode § 20ca ods. 10, s) overuje správnosť kódovania hospitalizačného prípadu na žiadosť zdravotnej poisťovne alebo poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý je užívateľom klasifikačného systému.“ Odôvodnenie: Navrhujeme spresniť a precizovať kompetencie Centra pre klasifikačný systém v oblasti vedenia zoznamu odborne spôsobilých osôb, aktualizácie zoznamu zdravotných výkonov a ďalšie.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 z. z. K bodu 30 - § 20b ods. 1**  Navrhujeme upraviť znenie ods. 1 nasledovne: „(1) Centrum pre klasifikačný systém najmä a) vykonáva prostredníctvom webového portálu zber medicínskych a ekonomických údajov súvisiacich s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti od užívateľov klasifikačného systému vždy za predchádzajúci kalendárny rok v termíne do 15.apríla, b) definuje štruktúru zberu údajov (dátové rozhranie) podľa predchádzajúceho písmena a podľa potreby žiada doplňujúce údaje od užívateľov klasifikačného systému aj nad rámec ročného zberu údajov, c) analyzuje zozbierané údaje z hľadiska štatistiky, pravidiel kódovania, kalkulácií nákladov, d) predkladá návrhy na zber ďalších ukazovateľov súvisiacich s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti, pre potrebu vykazovania kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti, e) je centrálnym referenčným pracoviskom pre klasifikačný systém DRG, f) zabezpečuje prevádzku, správu a vývoj referenčnej databázy, g) zabezpečuje prevádzku a správu programového vybavenia určeného na vývoj systému, h) zabezpečuje zber a spracovanie pripomienok užívateľov klasifikačného systému, i) vykonáva pravidelný ročný vývoj nových verzií klasifikačného systému, vydáva a aktualizuje katalóg prípadových paušálov, definičnú príručku, pravidlá kódovania a ostatné usmernenia a dokumenty súvisiace s používaním klasifikačného systému podľa § 20b ods. 3 a 4, j) stanovuje parametre DRG skupín a príslušné relatívne váhy, k) každoročne aktualizuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém DRG, l) vyjadruje sa k aktualizácii medzinárodnej klasifikácie chorôb, m) vykonáva odbornú prípravu na získanie odbornej spôsobilosti a ďalšie vzdelávanie pre klasifikačný systém podľa § 20c, n) vedie zoznam odborne spôsobilých osôb pre klasifikačný systém, ktoré získali odbornú spôsobilosť podľa § 20c (ďalej len „zoznam odborne spôsobilých osôb“) s náležitosťami podľa § 20c ods.10, o) aktualizuje zoznam odborne spôsobilých osôb, ktoré sú na základe získanej odbornej spôsobilosti poverené činnosťami podľa § 20c ods. 11 písm. a) až c) a ktoré poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti nahlasuje centru pre klasifikačný systém ako osobu zodpovednú za výkon činnosti súvisiaci s odbornou spôsobilosťou v klasifikačnom systéme. p) vydáva osvedčenia o zhode počítačového programu (ďalej len „osvedčenie zhody“) podľa § 20ca, q) dočasne pozastavuje platnosť osvedčenia o zhode podľa § 20ca ods. 9, r) zrušuje platnosť osvedčenia o zhode § 20ca ods. 10, s) overuje správnosť kódovania hospitalizačného prípadu na žiadosť zdravotnej poisťovne alebo poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý je užívateľom klasifikačného systému.“ Odôvodnenie: Navrhujeme spresniť a precizovať kompetencie Centra pre klasifikačný systém v oblasti vedenia zoznamu odborne spôsobilých osôb, aktualizácie zoznamu zdravotných výkonov a ďalšie. | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~22. K bodu 53 - § 47 ods. 2~~**  ~~Navrhujeme upraviť znenie ods. 2 nasledovne: „(2) Súčasťou protokolu je doklad o doručení protokolu dohliadanému subjektu, jeho písomné námietky a zápisnica o výsledku preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok dohliadaného subjektu, ak ich dohliadaný subjekt uplatnil.“ Odôvodnenie: Na stretnutí sa prezentuje už výsledok preverenia (za pomoci odborného konzultanta) opodstatnenosti písomne predložených námietok. Navrhujeme preto v tomto zmysle upraviť dané ustanovenie.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 53 - § 47 ods. 2**  Navrhujeme upraviť znenie ods. 2 nasledovne: „(2) Súčasťou protokolu je doklad o doručení protokolu dohliadanému subjektu, jeho písomné námietky a zápisnica o výsledku preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok dohliadaného subjektu, ak ich dohliadaný subjekt uplatnil.“ Odôvodnenie: Na stretnutí sa prezentuje už výsledok preverenia (za pomoci odborného konzultanta) opodstatnenosti písomne predložených námietok. Navrhujeme preto v tomto zmysle upraviť dané ustanovenie. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods. 2**  Navrhujeme upraviť znenie ods. 2 v časti premlčania presnejšie. Odôvodnenie: V zmysle zákona č. 580/2004 Z. z. sa nepremlčí pohľadávka ako taká, ale premlčí sa právo zdravotnej poisťovne uplatniť si nárok na pohľadávku a právo zdravotnej poisťovne pohľadávku vymáhať | **O** | **N** | pri vznesení námietky premlčania, ktorá je akceptovaná, musí následne prísť k odpisu pohľadávky |
| **~~ÚDZS~~** | **~~25. K bodu 60 - § 77a ods. 3~~**  ~~Navrhujeme upraviť znenie ods. 3 nasledovne: „(3) Úrad rozhoduje o námietkach poistenca alebo platitelia poistného proti výkazu nedoplatkov alebo o nesúhlasnom stanovisku proti výsledku ročného zúčtovania poistného uvedenom v oznámení rozhodnutím, pokiaľ o nich nerozhodla zdravotná poisťovňa podľa osobitného predpisu.“ Odôvodnenie: Úrad nebude rozhodovať o námietkach proti nesúhlasnému stanovisku, ale o nesúhlasom stanovisku proti oznámeniu o výsledku ročného zúčtovania, použitá formulácia je teda nesprávna a nezodpovedá právnej úprave obsiahnutej v zákone č. 580/2004 Z. z.~~ | **~~O~~** | **N** | Konanie o nesúhlasnom stanovisku je upravené v § 19 ods. 12 a nasl. zákona č. 580/2004 Z. z. a účastníkmi sú platiteľ poistného a zdravotná poisťovňa.  ÚDZS do konania vstúpi až vtedy, ak niektorý z účastníkov podá podnet na výkon dohľadu v danej veci.  Vzhľadom k termínom na výkon ročného zúčtovania poistného a počtom preplatkov sa nejaví účelné v tomto procese využívať obdobné postupy, ako pri námietkach voči výkazu nedoplatkov. |
| **ÚDZS** | **k Čl. I. z. č. 581.2004 z. z. K bodu 60 - § 77a ods. 3**  Navrhujeme upraviť znenie ods. 3 nasledovne: „(3) Úrad rozhoduje o námietkach poistenca alebo platitelia poistného proti výkazu nedoplatkov alebo o nesúhlasnom stanovisku proti výsledku ročného zúčtovania poistného uvedenom v oznámení rozhodnutím, pokiaľ o nich nerozhodla zdravotná poisťovňa podľa osobitného predpisu.“ Odôvodnenie: Úrad nebude rozhodovať o námietkach proti nesúhlasnému stanovisku, ale o nesúhlasom stanovisku proti oznámeniu o výsledku ročného zúčtovania, použitá formulácia je teda nesprávna a nezodpovedá právnej úprave obsiahnutej v zákone č. 580/2004 Z. z. | **O** | **N** | Konanie o nesúhlasnom stanovisku je upravené v § 19 ods. 12 a nasl. zákona č. 580/2004 Z. z. a účastníkmi sú platiteľ poistného a zdravotná poisťovňa.  ÚDZS do konania vstúpi až vtedy, ak niektorý z účastníkov podá podnet na výkon dohľadu v danej veci.  Vzhľadom k termínom na výkon ročného zúčtovania poistného a počtom preplatkov sa nejaví účelné v tomto procese využívať obdobné postupy, ako pri námietkach voči výkazu nedoplatkov. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~23. K bodu 54 - § 47 ods. 4~~**  ~~Navrhujeme upraviť znenie ods. 4 nasledovne: „(4) Dohľad je skončený v deň oznámenia výsledku preverenia opodstatnenosti písomných námietok dohliadaného subjektu proti protokolu alebo márnym uplynutím lehoty určenej podľa § 45 ods. 2 písm. c). „Ak sa dohliadaný subjekt alebo jeho zástupca v určený deň nedostaví na oznámenie výsledku preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok k protokolu, dohľad je týmto dňom skončený.“ Odôvodnenie: Na stretnutí sa prezentuje už výsledok preverenia (za pomoci odborného konzultanta) opodstatnenosti písomne predložených námietok. Navrhujeme preto v tomto zmysle upraviť dané ustanovenie.~~ | **~~O~~** | **~~N~~** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 54 - § 47 ods. 4**  Navrhujeme upraviť znenie ods. 4 nasledovne: „(4) Dohľad je skončený v deň oznámenia výsledku preverenia opodstatnenosti písomných námietok dohliadaného subjektu proti protokolu alebo márnym uplynutím lehoty určenej podľa § 45 ods. 2 písm. c). „Ak sa dohliadaný subjekt alebo jeho zástupca v určený deň nedostaví na oznámenie výsledku preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok k protokolu, dohľad je týmto dňom skončený.“ Odôvodnenie: Na stretnutí sa prezentuje už výsledok preverenia (za pomoci odborného konzultanta) opodstatnenosti písomne predložených námietok. Navrhujeme preto v tomto zmysle upraviť dané ustanovenie. | **O** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 27 - § 21 ods. 4**  Navrhujeme upraviť znenie ods. 4 nasledovne: „(4) V prípade nesplnenia povinností podľa § 6 alebo oznamovacích povinností podľa § 23 ods. 1, 2 a 5 právo zdravotnej poisťovne uplatniť si nárok na predpísanie poistného a úroku z omeškania sa premlčí uplynutím 5 rokov odo dňa dodatočného splnenia si oznamovacej povinnosti, najneskôr však uplynutím 7 rokov odo dňa splatnosti poistného.“ Odôvodnenie: Novela ruší kompetenciu úradu vydávať platobné výmery (navrhovaný § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. zákona č. 581/2004 Z. z.). Štandardná premlčacia lehota je 5 rokov od splatnosti poistného. V prípade, ak platiteľ dodatočne splní oznamovaciu povinnosť by lehota mala začať bežať od dodatočného splnenia povinnosti a jej dĺžka by mala byť identická teda 5 rokov, lehota 10 rokov nemá žiadne vecné ani právne opodstatnenie. Navrhovateľ v dôvodovej správe k osobitnej časti správne poukazuje na zásadu vigilantibus iura scripta sunt (práva patria bdelým) a zákonom časovo obmedziť vykonateľnosť práv bez toho, aby boli zrušené. V tomto prípade sa však navrhovaná premlčacia lehota (10 rokov) a prekluzívna lehota (15 rokov) javí ako neprimerane dlhá vzhľadom na premlčaciu lehotu stanovenú v § 21 ods. 1. Stanovenie takto dlhej premlčacej lehoty a prekluzívnej lehoty by mohlo byť aj v rozpore s uvedenou zásadou, nakoľko zdravotné poisťovne by neboli nútené v primeranom čase uplatňovať pohľadávky na poistnom výkazom nedoplatkov. | **O** | **ČA** | premlčacia lehota upravená na 5 rokov; prekluzívna lehota ponechaná 15 rokov. |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K § 28 ods. 5**  Navrhujeme upraviť znenie ods. 5 nasledovne: „(5) Ministerstvo zdravotníctva doručí údaje predložené zdravotnou poisťovňou podľa odseku 4 okrem rodného čísla poistenca alebo bezvýznamového identifikačného čísla ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, a dátumu narodenia v elektronicky spracovateľnej podobe, ostatným zdravotným poisťovniam do 15. júla kalendárneho roka. Ministerstvo zdravotníctva nahradí rodné číslo poistenca alebo bezvýznamové identifikačné číslo ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, osobitným identifikačným údajom poistenca, ktorým zabezpečí jednoznačnosť identifikácie poistenca vo všetkých údajoch doručených ministerstvom zdravotníctva podľa predchádzajúcej vety. Ak z osobitného identifikačného údaja poistenca nie je možné zistiť mesiac a rok narodenia poistenca a pohlavie poistenca, ministerstvo zdravotníctva je povinné doručiť údaje o mesiaci, roku narodenia a pohlaví poistenca samostatne s uvedením, ku ktorému osobitnému identifikačnému údaju poistenca sa príslušný mesiac, rok a pohlavie poistenca viaže.“ Odôvodnenie: Potrebná úprava z dôvodu zosúladenia právnych predpisov ohľadom identifikácie cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo bezvýznamovým identifikačným číslom. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K § 28 ods. 9**  Navrhujeme upraviť znenie ods. 9 nasledovne: „(9) Ministerstvo zdravotníctva doručí konečné údaje podľa odseku 5 po opravách podľa odseku 8 zdravotným poisťovniam najneskôr do 31. augusta kalendárneho roka.“ Ministerstvo zdravotníctva doručí konečné údaje podľa odseku 5 po opravách podľa odseku 8 zdravotným poisťovniam najneskôr do 31. augusta kalendárneho roka.Odôvodnenie: Potrebná úprava z dôvodu zosúladenia právnych predpisov ohľadom identifikácie cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo bezvýznamovým identifikačným číslom. | **O** | **N** | navrhované znenie je už v súčasnosti v zákone |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K § 38el ods. 5**  Navrhujeme upraviť znenie písm. a) nasledovne: „a) rodné číslo poistenca, pri ktorom hodnota nadlimitnej sumy je nenulová; bezvýznamové identifikačné číslo ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, a dátum narodenia.“ Odôvodnenie: Potrebná úprava z dôvodu zosúladenia právnych predpisov ohľadom identifikácie cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo bezvýznamovým identifikačným číslom. | **O** | **N** | zákonné ustanovenie v § 38el už bolo spotrebované, nemôže sa legislatívne meniť |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 53 - § 28a ods. 5**  Navrhujeme upraviť znenie písm. a) nasledovne: „a) rodné číslo poistenca, zaradeného vo viacročnej nákladovej skupine s nenulovým indexom; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia“. Odôvodnenie: Potrebná úprava z dôvodu zosúladenia právnych predpisov ohľadom identifikácie cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo bezvýznamovým identifikačným číslom. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K § 28 ods. 10 písm. a)**  Navrhujeme upraviť znenie písm. a) nasledovne: „a) rodné číslo a dátum narodenia poistenca alebo bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo“. Odôvodnenie: Potrebná úprava z dôvodu zosúladenia právnych predpisov ohľadom identifikácie cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo bezvýznamovým identifikačným číslom. | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~20. K bodu 51 - § 47 ods. 1 písm. b)~~**  ~~Navrhujeme upraviť znenie písm. b) nasledovne: „b) miesto a dátum, prípadne obdobie vykonávania dohľadu“. Odôvodnenie: V niektorých prípadoch sa dohľady vykonávajú dlhšie časové obdobie, nielen jeden konkrétny deň.~~ | **~~O~~** | **~~N~~** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 51 - § 47 ods. 1 písm. b)**  Navrhujeme upraviť znenie písm. b) nasledovne: „b) miesto a dátum, prípadne obdobie vykonávania dohľadu“. Odôvodnenie: V niektorých prípadoch sa dohľady vykonávajú dlhšie časové obdobie, nielen jeden konkrétny deň. | **O** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods.1 písm. b)**  Navrhujeme upraviť znenie písm. b) nasledovne: „b) po skončení reštrukturalizácie, ak pohľadávky zdravotnej poisťovne prihlásené do reštrukturalizácie dlžníka a zistené v reštrukturalizácii dlžníka, neboli po splnení reštrukturalizačného plánu v celom rozsahu uspokojené, a to ani zo zisku dlžníka“. Odôvodnenie: V zmysle platnej právnej úpravy reštrukturalizácie je dlžník povinný plniť pohľadávky nezabezpečených veriteľov nielen v rozsahu určenom reštrukturalizačným plánom, ale aj zo zisku po splnení reštrukturalizačného plánu (§ 155a zákona č. 7/2005 Z. z.), pretože pohľadávky bol dlžník v zmysle reštrukturalizačného plánu povinný uhradiť len v obmedzenom rozsahu. Nemá to žiaden vplyv na nárok zdravotnej poisťovne byť uspokojený zo zisku dlžníka, a to až do výšky 100 % sumy zistenej nezabezpečenej pohľadávky. | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~18. K bodu 48 - § 45 ods. 2 písm. d) – zásadná~~**  ~~Navrhujeme upraviť znenie písm. d) nasledovne: „d) vyhotoviť a doručiť zápisnicu o výsledku preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok k protokolu v deň oznámenia výsledku dohliadanému subjektu.“ Odôvodnenie: Navrhované znenie je nejasné a zmätočné. Slovné spojenie „v deň, ktorý bol určený na oznámenie výsledku dohliadaného subjektu“ nedáva zmysel. Nie je zrejmé, či v prípade, ak sa dohliadaný subjekt prerokovania (preverenia) námietok nezúčastní, či je aj v tom prípade nutné spracovať zápisnicu, ak áno, nie je reálne, aby bola zápisnica z prerokovania (preverenia) v jeden a ten istý deň aj vyhotovená aj doručená, ako znie navrhované znenie § 45 ods. 2 písm. d). V ten istý deň môže byť zápisnica vyhotovená aj doručená len ak sa zástupcovia dohliadaného subjektu reálne na prerokovanie (preverenie) dostavia a zápisnica im tak bude odovzdaná, inak je doručenie aj vyhotovenie zápisnice v jeden deň nereálne. Na stretnutí sa prezentuje už výsledok preverenia (za pomoci odborného konzultanta) opodstatnenosti písomne predložených námietok. Zároveň zmena gramatická.~~ | **~~Z~~** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 48 - § 45 ods. 2 písm. d) – zásadná**  Navrhujeme upraviť znenie písm. d) nasledovne: „d) vyhotoviť a doručiť zápisnicu o výsledku preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok k protokolu v deň oznámenia výsledku dohliadanému subjektu.“ Odôvodnenie: Navrhované znenie je nejasné a zmätočné. Slovné spojenie „v deň, ktorý bol určený na oznámenie výsledku dohliadaného subjektu“ nedáva zmysel. Nie je zrejmé, či v prípade, ak sa dohliadaný subjekt prerokovania (preverenia) námietok nezúčastní, či je aj v tom prípade nutné spracovať zápisnicu, ak áno, nie je reálne, aby bola zápisnica z prerokovania (preverenia) v jeden a ten istý deň aj vyhotovená aj doručená, ako znie navrhované znenie § 45 ods. 2 písm. d). V ten istý deň môže byť zápisnica vyhotovená aj doručená len ak sa zástupcovia dohliadaného subjektu reálne na prerokovanie (preverenie) dostavia a zápisnica im tak bude odovzdaná, inak je doručenie aj vyhotovenie zápisnice v jeden deň nereálne. Na stretnutí sa prezentuje už výsledok preverenia (za pomoci odborného konzultanta) opodstatnenosti písomne predložených námietok. Zároveň zmena gramatická. | **Z** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~19. K bodu 49 - § 46 ods. 1 písm. d)~~**  ~~Navrhujeme upraviť znenie písm. d) nasledovne: „d) zúčastniť sa na základe požiadania osoby oprávnenej na výkon dohľadu preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok k protokolu“. Odôvodnenie: Na oboznámenie sa s obsahom protokolu nie je potrebné zvolávať stretnutie orgánu dohľadu s dohliadaným subjektom, nakoľko v zmysle zákona má orgán dohľadu povinnosť protokol dohliadanému subjektu doručiť, a to práve z dôvodu, aby sa dohliadaný subjekt mohol oboznámiť s jeho obsahom a prípadne proti nemu podať námietky, použitá formulácia teda vôbec nevystihuje zákonom upravený proces a následnosť krokov pri výkone dohľadu.~~ | **~~O~~** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 49 - § 46 ods. 1 písm. d)**  Navrhujeme upraviť znenie písm. d) nasledovne: „d) zúčastniť sa na základe požiadania osoby oprávnenej na výkon dohľadu preverenia opodstatnenosti predložených písomných námietok k protokolu“. Odôvodnenie: Na oboznámenie sa s obsahom protokolu nie je potrebné zvolávať stretnutie orgánu dohľadu s dohliadaným subjektom, nakoľko v zmysle zákona má orgán dohľadu povinnosť protokol dohliadanému subjektu doručiť, a to práve z dôvodu, aby sa dohliadaný subjekt mohol oboznámiť s jeho obsahom a prípadne proti nemu podať námietky, použitá formulácia teda vôbec nevystihuje zákonom upravený proces a následnosť krokov pri výkone dohľadu. | **O** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods. 3 písm. e)**  Navrhujeme upraviť znenie písm. e) nasledovne: „e) dlžník zomrel a pohľadávka nebola uspokojená vymáhaním od dedičov dlžníka, dedičské konanie bolo zastavené z dôvodu, že dlžník nezanechal žiaden majetok alebo zanechal majetok nepatrnej hodnoty“. Odôvodnenie: Terminologicky spresnené a zapracované ďalšie dôvody odpisu v prípade úmrtia dlžníka. | **O** | **N** | súčasné znenie je obsahovo rovnaké |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods.1 písm. e)**  Navrhujeme upraviť znenie písm. e) nasledovne: „e) o zrušení konkurzu pre nedostatok majetku“. Odôvodnenie: Navrhovaný text vychádza zo staršej právnej úpravy, nezohľadňuje aktuálnu právnu úpravu, ktorá ako dôvod zrušenia konkurzu pre nedostatok majetku uvádza, že súd rozhodne o zrušení konkurzu pre nedostatok majetku, ak zistí, že majetok úpadcu nepostačuje ani na úhradu pohľadávok proti podstate. Z uvedeného dôvodu navrhujeme všeobecnejšiu formuláciu, ktorá v sebe obsiahne tak predchádzajúcu právnu úpravu, ako aj aktuálny právny stav. V opačnom prípade by navrhovateľom uvádzaná formulácia mala potenciál v praxi vyvolať výkladové problémy. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z.č. 581.2004 Z. z. K bodu 52 - § 47 ods. 1 písm. g) – zásadná**  Navrhujeme upraviť znenie písm. g) nasledovne: „(g) meno, priezvisko a podpis zamestnanca úradu, ktorý dohľad vykonal alebo podpis vedúceho skupiny vykonávajúcej dohľad, ak dohľad vykonávala skupina zamestnancov“. Odôvodnenie: V prípade dohľadov na diaľku vykonáva dohľad jeden zamestnanec, nie skupina. Ak nie je kreovaná skupina zamestnancov vykonávajúcich dohľad, ale dohľad vykonáva jeden zamestnanec, podpisuje protokol tento zamestnanec. Ak sa v zákone nezohľadní aj táto alternatíva, bude to znamenať, že aj pri jednoduchých dohľadoch na diaľku bude nutné vytvoriť skupinu, v opačnom prípade by mohlo dôjsť k spochybneniu zákonnosti dohľadu vykonávaného jedným zamestnancom zo strany dohliadaného subjektu | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~21. K bodu 52 - § 47 ods. 1 písm. g) – zásadná~~**  ~~Navrhujeme upraviť znenie písm. g) nasledovne: „(g) meno, priezvisko a podpis zamestnanca úradu, ktorý dohľad vykonal alebo podpis vedúceho skupiny vykonávajúcej dohľad, ak dohľad vykonávala skupina zamestnancov“. Odôvodnenie: V prípade dohľadov na diaľku vykonáva dohľad jeden zamestnanec, nie skupina. Ak nie je kreovaná skupina zamestnancov vykonávajúcich dohľad, ale dohľad vykonáva jeden zamestnanec, podpisuje protokol tento zamestnanec. Ak sa v zákone nezohľadní aj táto alternatíva, bude to znamenať, že aj pri jednoduchých dohľadoch na diaľku bude nutné vytvoriť skupinu, v opačnom prípade by mohlo dôjsť k spochybneniu zákonnosti dohľadu vykonávaného jedným zamestnancom zo strany dohliadaného subjektu.~~ | **~~Z~~** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods.1 písm. h)**  Navrhujeme upraviť znenie písm. h) nasledovne: „h) dlžník, ktorým je právnická osoba bol vymazaný z obchodného, prípadne iného zákonom určeného registra a zanikol bez právneho nástupcu“. Odôvodnenie: Dlžníkom zdravotnej poisťovne, ktorý je právnickou osobou nemusí byť len obchodná spoločnosť, môže ňou byť aj iná právnická osoba (školy, rôzne organizácie a pod.), tomu treba prispôsobiť znenie zákona. | **O** | **N** | v ods. 1 sú riešené odpisy iba na základe právoplatného rozhodnutia súdu, čo pri iných registroch nemusí byť vždy splnené |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 18 - § 17a ods. 11**  Navrhujeme ustanovenie upraviť tak, aby v prípade, ak dôjde len k zmene výkazu nedoplatkov, bol nárok zdravotnej poisťovne na poplatok za vydanie výkazu nedoplatkov zachovaný. Odôvodnenie: Ak je dôvod len na zmenu výkazu nedoplatkov (nie na jeho zrušenie v celom rozsahu), je zrejmé, že časť pohľadávky uplatnenej voči platiteľovi bola dôvodná, platiteľ teda má dlh voči zdravotnej poisťovni, ktorý si zdravotná poisťovňa uplatnila výkazom nedoplatkov. V takýchto prípadoch preto nie je dôvod na odňatie práva zdravotnej poisťovne na poplatok za vydanie výkazu nedoplatkov | **O** | **ČA** | právo na poplatok ponechané len v prípade, ak došlo k nesplneniu si oznamovacích povinností poistenca |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods. 6**  Navrhujeme uvedené ustanovenie vypustiť. Odôvodnenie: Navrhované znenie § 17c ods. 6 je v rozpore s § 17c ods. 5, ak by odpísaním pohľadávky pohľadávka zanikla, nie je možné ju plniť bez toho, aby išlo o bezdôvodné obohatenie. Išlo by totiž o plnenie neexistujúceho dlhu. Vo všeobecnosti v účtovníctve platí, že odpis pohľadávky je jedným zo spôsobov definitívneho vyradenia pohľadávky z majetku spoločnosti z iného dôvodu, ako je úhrada alebo započítanie. Nemožno ho však stotožňovať so zánikom pohľadávky, odpis predstavuje skôr trvalé upustenie od vymáhania. Ustanovenie § 17c ods. 6 preto navrhujeme odstrániť a ponechať len znenie § 17c ods. 5. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv K Prílohe č. 2**  Navrhujeme v časti Poučenie za slovným spojením „právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej“ upraviť spojenie nasledovne: „u akéhokoľvek poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike alebo Európskej únii, v plnej výške, okrem poistenca zmluvného štátu podľa medzinárodných zmlúv s bydliskom v Slovenskej republike, ktorý má právo na úhradu poskytnutej plánovanej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a v zmluvnom štáte poistenia podľa medzinárodných zmlúv.“ Odôvodnenie: Navrhujeme doplnenie práva na úhradu u nezmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a obmedzenie práva pre poistenca zmluvného štátu iba na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v Slovenskej republike a zmluvnom štáte, kde je poistenec poistený, v súlade s navrhovaným znením § 6aa ods. 19 zákona č. 581/2004 Z. z. | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~3. K bodu 9 – § 6aa ods. 1 – zásadná~~**  ~~Navrhujeme v ods. 1 doplniť novú vetu, ktorá znie: „Za poistenca sa na účely poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti považuje aj poistenec iného členského štátu s bydliskom v Slovenskej republike17aa) a poistenec zmluvného štátu podľa medzinárodných zmlúv s bydliskom v Slovenskej republike.“ 17aa) - § 9c zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť jednoznačné definovanie nárokov na plánovanú zdravotnú starostlivosť počas trvania bydliska v Slovenskej republike aj pre poistencov iného členského štátu EÚ a poistencov zmluvného štátu podľa medzinárodných zmlúv, ktorí majú počas trvania bydliska v Slovenskej republike nárok na zdravotnú starostlivosť v plnom rozsahu podľa nariadení ES č. 883/04 a 987/09 a medzinárodnej zmluvy o sociálnom zabezpečení za rovnakých podmienok ako osoby povinne verejne zdravotne poistené v SR, pričom zdravotná starostlivosť sa poskytuje podľa právnych predpisov SR.~~ | **~~Z~~** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 9 – § 6aa ods. 1 – zásadná**  Navrhujeme v ods. 1 doplniť novú vetu, ktorá znie: „Za poistenca sa na účely poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti považuje aj poistenec iného členského štátu s bydliskom v Slovenskej republike17aa) a poistenec zmluvného štátu podľa medzinárodných zmlúv s bydliskom v Slovenskej republike.“ 17aa) - § 9c zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť jednoznačné definovanie nárokov na plánovanú zdravotnú starostlivosť počas trvania bydliska v Slovenskej republike aj pre poistencov iného členského štátu EÚ a poistencov zmluvného štátu podľa medzinárodných zmlúv, ktorí majú počas trvania bydliska v Slovenskej republike nárok na zdravotnú starostlivosť v plnom rozsahu podľa nariadení ES č. 883/04 a 987/09 a medzinárodnej zmluvy o sociálnom zabezpečení za rovnakých podmienok ako osoby povinne verejne zdravotne poistené v SR, pričom zdravotná starostlivosť sa poskytuje podľa právnych predpisov SR. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~24. K § 47b ods. 1 - zásadná~~**  ~~Navrhujeme v ods. 1 doplniť, že prehliadka mŕtveho tela je zdravotný výkon. Odôvodnenie: Navrhujeme prehliadku mŕtveho tela zaradiť do Zoznamu zdravotných výkonov s kombinovanou úhradou. Tento zdravotný výkon by bol uhrádzaný sčasti úradom a sčasti príslušnou zdravotnou poisťovňou zomrelého~~ | **Z** | **N** | nad rámec zákona  je potrebná širšia diskusia s vypracovaním finančných dopadov |
| **~~ÚDZS~~** | **~~K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K § 47b ods. 1 - zásadná~~**  ~~Navrhujeme v ods. 1 doplniť, že prehliadka mŕtveho tela je zdravotný výkon. Odôvodnenie: Navrhujeme prehliadku mŕtveho tela zaradiť do Zoznamu zdravotných výkonov s kombinovanou úhradou. Tento zdravotný výkon by bol uhrádzaný sčasti úradom a sčasti príslušnou zdravotnou poisťovňou zomrelého~~ | **~~Z~~** | **~~N~~** | ~~nad rámec zákona~~  ~~je potrebná širšia diskusia s vypracovaním finančných dopadov~~ |
| **ÚDZS** | **K Čl. I z. č. 581.2004 Z. z. K § 47b ods. 1 - zásadná**  Navrhujeme v ods. 1 doplniť, že prehliadka mŕtveho tela je zdravotný výkon. Odôvodnenie: Navrhujeme prehliadku mŕtveho tela zaradiť do Zoznamu zdravotných výkonov s kombinovanou úhradou. Tento zdravotný výkon by bol uhrádzaný sčasti úradom a sčasti príslušnou zdravotnou poisťovňou zomrelého. | **Z** | **N** | nad rámec zákona  je potrebná širšia diskusia s vypracovaním finančných dopadov |
| **~~ÚDZS~~** | **~~30. K § 85h ods. 1~~**  ~~Navrhujeme v ods. 1 vypustiť spojenie: „na úrade“ a nahradiť ho spojením: „výkazom nedoplatkov“. Odôvodnenie: Novela ruší kompetenciu úradu vydávať platobné výmery (navrhovaný § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. zákona č. 581/2004 Z. z.), preto navrhujeme zosúladiť s touto zmenou aj iné ustanovenia zákona.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. 581.2004 Z. z K § 85h ods. 1**  Navrhujeme v ods. 1 vypustiť spojenie: „na úrade“ a nahradiť ho spojením: „výkazom nedoplatkov“. Odôvodnenie: Novela ruší kompetenciu úradu vydávať platobné výmery (navrhovaný § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. zákona č. 581/2004 Z. z.), preto navrhujeme zosúladiť s touto zmenou aj iné ustanovenia zákona. | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~4. K bodu 9 – § 6aa ods. 19 – zásadná~~**  ~~Navrhujeme v ods. 19 doplniť za prvú vetu novú vetu, ktorá znie: „V prípade poistenca zmluvného štátu podľa medzinárodných zmlúv sa povinnosť úhrady zdravotnej poisťovne týka iba plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v Slovenskej republike a v zmluvnom štáte poistenia podľa medzinárodných zmlúv.“ Odôvodnenie: Navrhovanou úpravou sa koriguje povinnosť zdravotnej poisťovne uhradiť poistencovi zmluvného štátu plánovanú zdravotnú starostlivosť iba v Slovenskej republike a zmluvnom štáte poistenia, čím sa sleduje zámer nerozširovať práva poistencov zmluvných štátov nad rámec medzinárodnej zmluvy aj na štáty EÚ, EHP a Švajčiarska~~ | **~~Z~~** | **~~A~~** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **ÚDZS** | **k Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 9 – § 6aa ods. 19 – zásadná**  Navrhujeme v ods. 19 doplniť za prvú vetu novú vetu, ktorá znie: „V prípade poistenca zmluvného štátu podľa medzinárodných zmlúv sa povinnosť úhrady zdravotnej poisťovne týka iba plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v Slovenskej republike a v zmluvnom štáte poistenia podľa medzinárodných zmlúv.“ Odôvodnenie: Navrhovanou úpravou sa koriguje povinnosť zdravotnej poisťovne uhradiť poistencovi zmluvného štátu plánovanú zdravotnú starostlivosť iba v Slovenskej republike a zmluvnom štáte poistenia, čím sa sleduje zámer nerozširovať práva poistencov zmluvných štátov nad rámec medzinárodnej zmluvy aj na štáty EÚ, EHP a Švajčiarska | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~13. K bodu 36 – § 20ca ods. 6 a ods. 7 – zásadná~~**  ~~Navrhujeme v ods. 6 a 7 spojenie: „najmenej v 97-percentnej zhode“ nahradiť spojením: „v 100-percentnej zhode“. Odôvodnenie: Úrad navrhuje, aby výstup z testovania bol v 100-percentnej zhode s výstupným súborom Centra pre klasifikačný systém.~~ | **~~Z~~** | **N** | V žiadnych iných krajinách, kde majú systém DRG, nie je 100%. Na riadiacom výbore bolo dohodnuté 97%. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 36 – § 20ca ods. 6 a ods. 7 – zásadná**  Navrhujeme v ods. 6 a 7 spojenie: „najmenej v 97-percentnej zhode“ nahradiť spojením: „v 100-percentnej zhode“. Odôvodnenie: Úrad navrhuje, aby výstup z testovania bol v 100-percentnej zhode s výstupným súborom Centra pre klasifikačný systém. | **Z** | **N** | V žiadnych iných krajinách, kde majú systém DRG, nie je 100%. Na riadiacom výbore bolo dohodnuté 97%. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~1. K § 6 ods. 1 písm. l)~~** ~~Navrhujeme v písm. l) na konci doplniť spojenie: „alebo právoplatného výkazu nedoplatkov“. Odôvodnenie: Zdravotné poisťovne vymáhajú nielen pohľadávky predpísané platobným výmerov ale aj výkazom nedoplatkov, ak o pohľadávke právoplatne rozhodla zdravotná poisťovňa.~~ | **~~O~~** | **~~ČA~~** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~1. K § 6 ods. 1 písm. l)~~**  ~~Navrhujeme v písm. l) na konci doplniť spojenie: „alebo právoplatného výkazu nedoplatkov“. Odôvodnenie: Zdravotné poisťovne vymáhajú nielen pohľadávky predpísané platobným výmerov ale aj výkazom nedoplatkov, ak o pohľadávke právoplatne rozhodla zdravotná poisťovňa.~~ | **~~O~~** | **~~ČA~~** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I z. č. 581.2004 Z. z. K § 6 ods. 1 písm. l)**  Navrhujeme v písm. l) na konci doplniť spojenie: „alebo právoplatného výkazu nedoplatkov“. Odôvodnenie: Zdravotné poisťovne vymáhajú nielen pohľadávky predpísané platobným výmerov ale aj výkazom nedoplatkov, ak o pohľadávke právoplatne rozhodla zdravotná poisťovňa. | **O** | **ČA** |  |
| **ÚDZS** | **K návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv K Prílohe č. 2 a Prílohe č. 3**  Navrhujeme v prílohe č. 2 položku č. 6 – Členský štátu poistenca EÚ a v prílohe č. 3 položku č. 7 – Členský štát poistenca EÚ upraviť nasledovne: „Členský štát poistenca Európskej únie alebo zmluvný štát podľa medzinárodných zmlúv“. Odôvodnenie: Navrhujeme zosúladiť s navrhovaným znením § 6aa ods. 4 a ods. 8 zákona č. 581/2004 Z. z. Okrem poistencov EU aj poistenci zmluvných štátov s bydliskom v Slovenskej republike podľa medzinárodných zmlúv majú právo na plánovanú zdravotnú starostlivosť v Slovenskej republike. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods.1**  Navrhujeme v prvej vete za slovo: „pohľadávku“ doplniť spojenie: „alebo jej neuhradenú časť“. Odôvodnenie: V konkurzoch a reštrukturalizáciách spravidla dochádza k čiastočnému uspokojeniu pohľadávok. Navrhované doplnenie tak prvú vetu ods. 1 dostane do súladu s ostatným ustanoveniami § 17c. | **O** | **N** | pojem pohľadávka je dostatočný a znamená neuhradená časť dlhu |
| **ÚDZS** | **K Čl. III z. č. 578.2004 Z. z. K § 79 ods. 12**  Navrhujeme vypustiť ods. 12. Ostatné odseky sa prečíslujú. Odôvodnenie: Navrhujeme presunúť kompetenciu vydávať Pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov úradu. | **O** | **N** | Poskytovateľ je povinný kódovať poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti v súlade s pravidlami kódovania zdravotných výkonov. Táto povinnosť je sankčná a vzhľadom na uvedené je z dôvodu jednoznačnosti nevyhnutné, aby pravidlá kódovania boli ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom. |
| **ÚDZS** | **32. K § 85h ods. 3**  Navrhujeme vypustiť spojenie: „Úrad vydáva platobné výmery“ a nahradiť ho spojením: „Zdravotná poisťovňa vydáva výkaz nedoplatkov“. Odôvodnenie: Novela ruší kompetenciu úradu vydávať platobné výmery (navrhovaný § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. zákona č. 581/2004 Z. z.), preto navrhujeme zosúladiť s touto zmenou aj iné ustanovenia zákona | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~17. K bodu 44 - § 43 ods. 6 – zásadná~~**  ~~Navrhujeme vypustiť uvedený bod. Odôvodnenie: Podľa súčasnej právnej úpravy je základným podkladom pre výkon dohľadu zdravotná dokumentácia, lebo iba tá dokumentuje proces poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorý je zo zdravotnej dokumentácie objektívne verifikovateľný. Podnet napr. pacienta je prvotným vodítkom, ktorým smerom sa má výkon dohľadu uberať, teda čo pacient žiada preveriť a čo požaduje mať po výkone dohľadu zodpovedané, svojím spôsobom je teda nepriamym podkladom pre výkon dohľadu. Ak ale bude podnet výslovne podľa zákona aj podkladom pre výkon dohľadu, úrad bude povinný sa vysporiadavať a preukazovať aj skutočnosti, ktoré sú uvedené v podnete, ale v zdravotnej dokumentácii zachytené nie sú. V súčasnosti sa tvrdenia napr. pacientov v podnete, ktoré nezodpovedali údajom v zdravotnej dokumentácii, nebrali do úvahy s odôvodnením, že sú nedokázateľné a sú v rovine tvrdenia pacient vs. poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Je preto potrebné zvážiť potrebu výslovného zakotvenia podnetu ako podkladu pre výkon dohľadu. V praxi sa na úrad obracajú rôzne osoby, inštitúcie (súdy, prokuratúra, policajné orgány, konkurzný správca, zamestnávatelia, občianske združenia), ktoré žiadajú úrad o prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme prevenciu zneužívania činnosti úradu na rôzne iné účely ako ochranu práv pacienta a zlepšenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podnet subjektov uvedených v § 43 ods. 5 je podnetom – impulzom na výkon dohľadu, nie podkladom. Podkladom sú listiny, dokumentácia, registre atď. Závery dohľadu nemôžu vychádzať zo subjektívnych tvrdení uvádzaných podávateľom podnetu v jeho podnete, každé tvrdenie je potrebné objektivizovať získaním listín, dôkazov, relevantných podkladov a pod., tie sú podkladom pre výkon dohľadu nie subjektívne tvrdenia uvádzané v podnete~~ | **~~Z~~** | **~~A~~** |  |
| **ÚDZS** | **k Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 44 - § 43 ods. 6 – zásadná**  Navrhujeme vypustiť uvedený bod. Odôvodnenie: Podľa súčasnej právnej úpravy je základným podkladom pre výkon dohľadu zdravotná dokumentácia, lebo iba tá dokumentuje proces poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorý je zo zdravotnej dokumentácie objektívne verifikovateľný. Podnet napr. pacienta je prvotným vodítkom, ktorým smerom sa má výkon dohľadu uberať, teda čo pacient žiada preveriť a čo požaduje mať po výkone dohľadu zodpovedané, svojím spôsobom je teda nepriamym podkladom pre výkon dohľadu. Ak ale bude podnet výslovne podľa zákona aj podkladom pre výkon dohľadu, úrad bude povinný sa vysporiadavať a preukazovať aj skutočnosti, ktoré sú uvedené v podnete, ale v zdravotnej dokumentácii zachytené nie sú. V súčasnosti sa tvrdenia napr. pacientov v podnete, ktoré nezodpovedali údajom v zdravotnej dokumentácii, nebrali do úvahy s odôvodnením, že sú nedokázateľné a sú v rovine tvrdenia pacient vs. poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Je preto potrebné zvážiť potrebu výslovného zakotvenia podnetu ako podkladu pre výkon dohľadu. V praxi sa na úrad obracajú rôzne osoby, inštitúcie (súdy, prokuratúra, policajné orgány, konkurzný správca, zamestnávatelia, občianske združenia), ktoré žiadajú úrad o prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme prevenciu zneužívania činnosti úradu na rôzne iné účely ako ochranu práv pacienta a zlepšenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podnet subjektov uvedených v § 43 ods. 5 je podnetom – impulzom na výkon dohľadu, nie podkladom. Podkladom sú listiny, dokumentácia, registre atď. Závery dohľadu nemôžu vychádzať zo subjektívnych tvrdení uvádzaných podávateľom podnetu v jeho podnete, každé tvrdenie je potrebné objektivizovať získaním listín, dôkazov, relevantných podkladov a pod., tie sú podkladom pre výkon dohľadu nie subjektívne tvrdenia uvádzané v podnete. | **Z** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K § 18 ods. 1 prvá veta**  Navrhujeme vypustiť v prvej vete spojenie: „na úrade alebo“. Odôvodnenie: Novela ruší kompetenciu úradu vydávať platobné výmery (navrhovaný § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. zákona č. 581/2004 Z. z.). | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~29. K § 50 ods. 8 a § 64 ods. 6~~**  ~~Navrhujeme vypustiť z § 50 ods. 8 a § 64 ods. 6 spojenie: „§ 47c ods. 1 druhej vety alebo“. Odôvodnenie: Formálna úprava. Uvedené ustanovenie bolo zo zákona už vypustené, citované ustanovenie teda odkazujú na neexistujúcu normu.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K § 50 ods. 8 a § 64 ods. 6~~**  ~~Navrhujeme vypustiť z § 50 ods. 8 a § 64 ods. 6 spojenie: „§ 47c ods. 1 druhej vety alebo“. Odôvodnenie: Formálna úprava. Uvedené ustanovenie bolo zo zákona už vypustené, citované ustanovenie teda odkazujú na neexistujúcu normu.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K § 50 ods. 8 a § 64 ods. 6**  Navrhujeme vypustiť z § 50 ods. 8 a § 64 ods. 6 spojenie: „§ 47c ods. 1 druhej vety alebo“. Odôvodnenie: Formálna úprava. Uvedené ustanovenie bolo zo zákona už vypustené, citované ustanovenie teda odkazujú na neexistujúcu normu. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K § 31 ods. 1 písm. d)**  Navrhujeme vypustiť znenie písm. d). Ostatné písmená sa prečíslujú. Odôvodnenie: Novela ruší kompetenciu úradu vydávať platobné výmery (navrhovaný § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. zákona č. 581/2004 Z. z.), preto navrhujeme zrušiť úhradu za vydanie platobného výmeru | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~15. K § 31 ods. 1 písm. d)~~**  ~~Navrhujeme vypustiť znenie písm. d). Ostatné písmená sa prečíslujú. Odôvodnenie: Novela ruší kompetenciu úradu vydávať platobné výmery (navrhovaný § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. zákona č. 581/2004 Z. z.), preto navrhujeme zrušiť úhradu za vydanie platobného výmeru.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~7. K bodu 26 - § 18 ods. 1 písm. u)~~**  ~~Navrhujeme vypustiť znenie písm. i). Odôvodnenie: Odstránenie duplicitnej kompetencie úradu súvisiacej s elektronickou výmenou dát s prístupovým bodom v Slovenskej republiky v pôsobnosti úradu. Existujúce znenie §18 ods. 1 písm. i) a navrhované nové znemie § 18 ods. 1 písm. u) obsahujú rovnakú kompetenciu úradu.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** |  |
| **ÚDZS** | **k Čl. I z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 26 - § 18 ods. 1 písm. u)**  Navrhujeme vypustiť znenie písm. i). Odôvodnenie: Odstránenie duplicitnej kompetencie úradu súvisiacej s elektronickou výmenou dát s prístupovým bodom v Slovenskej republiky v pôsobnosti úradu. Existujúce znenie §18 ods. 1 písm. i) a navrhované nové znemie § 18 ods. 1 písm. u) obsahujú rovnakú kompetenciu úradu. | **O** | **A** | vypustené písm. u) |
| **~~ÚDZS~~** | **~~9. K bodu 26 - § 18 ods. 1 písm. w)~~**  ~~Navrhujeme vypustiť znenie písm. w), resp. prepracovať v znení, že povinnosť predkladať tieto údaje úradu a ministerstvu zdravotníctva majú priamo zdravotné poisťovne. Nakoľko však sa jedná o dáta, ktoré metodicky usmerňuje úrad, navrhujeme, aby úrad bol ako nezávislý orgán súčinný pri tvorbe štátnej politiky. Odôvodnenie: Podľa uvedeného textu ide o údaje podľa Metodického usmernenia úradu č. 1/2016 pre hodnotenie výkonových a ekonomických ukazovateľov zdravotných poisťovní v oblasti nákupu zdravotnej starostlivosti predkladaných zdravotnými poisťovňami. Uvedenými údajmi primárne disponujú zdravotné poisťovne, úrad ich spracúva len na základe výstupov od zdravotných poisťovní. Vybrané údaje slúžia ako podklad pre vypracovanie Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka, ktorú úrad v zmysle § 19 zákona č. 581/2004 Z. z. predkladá vláde Slovenskej republiky do 30. júna.~~ | **~~O~~** | **~~ČA~~** | ~~vypustené~~ |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 26 - § 18 ods. 1 písm. w)**  Navrhujeme vypustiť znenie písm. w), resp. prepracovať v znení, že povinnosť predkladať tieto údaje úradu a ministerstvu zdravotníctva majú priamo zdravotné poisťovne. Nakoľko však sa jedná o dáta, ktoré metodicky usmerňuje úrad, navrhujeme, aby úrad bol ako nezávislý orgán súčinný pri tvorbe štátnej politiky. Odôvodnenie: Podľa uvedeného textu ide o údaje podľa Metodického usmernenia úradu č. 1/2016 pre hodnotenie výkonových a ekonomických ukazovateľov zdravotných poisťovní v oblasti nákupu zdravotnej starostlivosti predkladaných zdravotnými poisťovňami. Uvedenými údajmi primárne disponujú zdravotné poisťovne, úrad ich spracúva len na základe výstupov od zdravotných poisťovní. Vybrané údaje slúžia ako podklad pre vypracovanie Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka, ktorú úrad v zmysle § 19 zákona č. 581/2004 Z. z. predkladá vláde Slovenskej republiky do 30. júna. | **O** | **ČA** | vypustené |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. zákona č. 581.2004 Z. z. K bodu 60 - § 77a ods. 13**  Navrhujeme za slovné spojenie: „platiteľ poistného“ doplniť spojenie: „alebo poistenec“. Odôvodnenie: V zmysle navrhovaného § 77a ods. 3 má úrad rozhodovať o námietkach platiteľa poistného alebo poistenca, aj pri označení účastníkov konania preto treba uvádzať aj platiteľa poistného aj poistenca, aby bola právna úprava konzistentná | **O** | **A** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~28. K bodu 60 - § 77a ods. 13~~**  ~~Navrhujeme za slovné spojenie: „platiteľ poistného“ doplniť spojenie: „alebo poistenec“. Odôvodnenie: V zmysle navrhovaného § 77a ods. 3 má úrad rozhodovať o námietkach platiteľa poistného alebo poistenca, aj pri označení účastníkov konania preto treba uvádzať aj platiteľa poistného aj poistenca, aby bola právna úprava konzistentná.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** |  |
| **~~ÚDZS~~** | **~~26. K bodu 60 - § 77a ods. 4~~**  ~~Navrhujeme za slovné spojenie: „stanovisko zdravotnej poisťovne k námietkam“ vložiť nové slovné spojenie: „alebo k nesúhlasnému stanovisku“. Odôvodnenie: Podkladom pre rozhodovanie úradu o nesúhlasnom stanovisku musí byť aj vyjadrenie zdravotnej poisťovne k nesúhlasnému stanovisku, tak ako v prípade námietok proti výkazu nedoplatkov.~~ | **~~O~~** | **N** | Konanie o nesúhlasnom stanovisku je upravené v § 19 ods. 12 a nasl. zákona č. 580/2004 Z. z. a účastníkmi sú platiteľ poistného a zdravotná poisťovňa.  ÚDZS do konania vstúpi až vtedy, ak niektorý z účastníkov podá podnet na výkon dohľadu v danej veci.  Vzhľadom k termínom na výkon ročného zúčtovania poistného a počtom preplatkov sa nejaví účelné v tomto procese využívať obdobné postupy, ako pri námietkach voči výkazu nedoplatkov. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 60 - § 77a ods. 4**  Navrhujeme za slovné spojenie: „stanovisko zdravotnej poisťovne k námietkam“ vložiť nové slovné spojenie: „alebo k nesúhlasnému stanovisku“. Odôvodnenie: Podkladom pre rozhodovanie úradu o nesúhlasnom stanovisku musí byť aj vyjadrenie zdravotnej poisťovne k nesúhlasnému stanovisku, tak ako v prípade námietok proti výkazu nedoplatkov. | **O** | **N** | Konanie o nesúhlasnom stanovisku je upravené v § 19 ods. 12 a nasl. zákona č. 580/2004 Z. z. a účastníkmi sú platiteľ poistného a zdravotná poisťovňa.  ÚDZS do konania vstúpi až vtedy, ak niektorý z účastníkov podá podnet na výkon dohľadu v danej veci.  Vzhľadom k termínom na výkon ročného zúčtovania poistného a počtom preplatkov sa nejaví účelné v tomto procese využívať obdobné postupy, ako pri námietkach voči výkazu nedoplatkov. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~16. K bodu 43 - § 43 ods. 5~~**  ~~Navrhujeme za spojenie: „poskytovateľa zdravotnej starostlivosti“ vložiť spojenie: „zariadenia sociálnej pomoci“. V spojení: „platiteľa poisteného“ navrhujeme opraviť slovo „poisteného“ na slovo „poistného“. Odôvodnenie: Zdravotné poisťovne vstupujú do zmluvného vzťahu aj so zariadeniami sociálnej pomoci, ktoré by teda tiež mohli namietať porušenie zákona pri výkone verejného zdravotného poistenia.~~ | **~~O~~** | **~~A~~** |  |
| **ÚDZS** | **k Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 43 - § 43 ods. 5**  Navrhujeme za spojenie: „poskytovateľa zdravotnej starostlivosti“ vložiť spojenie: „zariadenia sociálnej pomoci“. V spojení: „platiteľa poisteného“ navrhujeme opraviť slovo „poisteného“ na slovo „poistného“. Odôvodnenie: Zdravotné poisťovne vstupujú do zmluvného vzťahu aj so zariadeniami sociálnej pomoci, ktoré by teda tiež mohli namietať porušenie zákona pri výkone verejného zdravotného poistenia. | **O** | **A** |  |
| **ÚDZS** | **K Čl. IV. z. č. 580.2004 Z. z. K bodu 21 - § 17c ods. 3**  Navrhujeme zaviesť jednotnú terminológiu pre označenie dlžníka. Odôvodnenie: V ods. 3 sa dlžník označuje ako platiteľ poistného (prvá veta ods. 3), aj ako fyzická osoba, právnická osoba (ods. 3 písm. b)), aj ako dlžník (ods. 3 písm. e). Je potrebné, aby bola terminológia jednotná | **O** | **A** | zavedený pojem „platiteľ poistného, voči ktorému má zdravotná poisťovňa pohľadávku“. |
| **~~ÚDZS~~** | **~~2. K bodu 9 – všeobecná pripomienka k § 6aa – zásadná~~**  ~~Podľa názoru úradu v praxi je § 6aa v navrhovanom znení ťažko realizovateľný z nasledovných dôvodov: Navrhovaná právna úprava v §6aa spôsobí neprimeraný, neopodstatnený nárast administratívy u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zdravotných poisťovní, súbeh neprehľadného vedenia rovnakých zoznamov v zdravotníckych zariadeniach a zdravotných poisťovniach bez významnejšieho efektu pre ktorúkoľvek zainteresovanú stranu. Vzhľadom na termíny navrhnuté v novele zákona vzniknú v zoznamoch poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti trvalé diskrepancie z dôvodu časových posunov. Z poslednej vety ods. 4 vyplýva reálna diskriminácia pacientov, ktorí nie sú darcami krvi. Ak je poistenec darcom krvi s príslušným ochorením a má byť zaradený na prvé miesto na čakaciu listinu, má prioritu porovnateľnú s akútnym pacientom. Spochybňuje to dôveryhodnosť vedenia čakacích listín, jeho zaradenie na čakaciu listinu je prakticky zbytočné. V ods. 6 návrh na pridelenie kódu v navrhnutej štruktúre hovorí o dátume doručenia do zdravotnej poisťovne a nie o dátume, ktorý sa považuje za dátum zaradenia do zoznamu podľa ods. 3. Medzi dátumom zaradenia a pridelením kódu môžu v praxi prebehnúť aj viac ako 2 mesiace. Zdravotná poisťovňa aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vedie porovnateľný zoznam. Podľa súčasných skúseností zoznam poistencov je neprehľadný a vedie k častej chybovosti. Racionálne by bolo správne a objektívne viesť jeden register, nie zoznam ktorý by bol jedinečný a vstupovali by doň zainteresované subjekty. Podľa názoru úradu v ods. 8 písm. e) nie je objektívny dôvod pre zdravotnú poisťovňu uchovávať v registratúre pravidlá vedenia zoznamu, ich zmeny a údaje o zmenách 15 rokov, keď pravidlá a rozsah vedenia zoznamu určuje zákonná norma. Následne by potom pravidlá mali viesť aj poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme v ods. 8 písm. f) zjednotiť dikciu „posielať alebo sprístupniť“ na „posielať“ alebo „sprístupniť“, keďže je medzi nimi podstatný rozdiel. V ods. 10 sa uvádza, že poradie určené pri zaradení u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môže zdravotná poisťovňa zmeniť a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný ho dodržiavať. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti oznamuje poistencovi dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti zvyčajne 15 pracovných dní pred určeným dátumom (chýba forma oznámenia). Odklad poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti je možný na základe žiadosti zaslanej zdravotnej poisťovni v nadväznosti na ods. 11 písm. c). Podľa názoru úradu nie je jednoznačne stanovený subjekt, ktorý rozhoduje a koordinuje vedenie čakacích listín. Jeden subjekt (poskytovateľ zdravotnej starostlivosti) oznamuje 15 dní pred nástupom poistencovi, poistenec oznamuje nenastúpenie druhému subjektu (zdravotnej poisťovni) a prvý subjekt (poskytovateľ zdravotnej starostlivosti) informuje druhý subjekt (zdravotnú poisťovňu) do troch pracovných dní od nenastúpenia o skutočnosti, že poistenec nenastúpil na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme, aby aktuálna zdravotná poisťovňa oznamovala zmenu poistného vzťahu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, na základe čoho poskytovateľ vykoná zmenu vo svojom zozname. Túto povinnosť nenavrhujeme ukladať poistencovi, keďže poistenec o tejto povinnosti nemusí mať vedomosť a v praxi to môže spôsobovať problémy. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sa o zmene zdravotnej poisťovne poistenca môže dozvedieť až v deň nástupu poistenca na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. V ods. 13 sú uvedené prípady hodné osobitného zreteľa na strane poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, navrhujeme doplniť, resp. zosúladiť, keď nastane súbeh so skutočnosťou uvedenou v ods. 16 - úhrada najneskôr do 12 mesiacov. Je proti zásadám hospodárnosti platiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti úhradu za neposkytnutú plánovanú zdravotnú starostlivosť, ak poskytovateľ nie je schopný realizovať zdravotnú starostlivosť napr. pre materiálno technické, alebo personálne vybavenie. V ods. 13 je v poslednej vete uvedené, že ak vznikla súbežná choroba ktorú je potrebné liečiť prednostne, v takom prípade sa pacient zo zoznamu vyradí. Navrhujeme túto povinnosť presunúť na základe informácie od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti do ods. 14, ktorý obsahuje dôvody vyradenia zo zoznamu. Navrhujeme preto poslednú vetu uvedenú v ods. 13 presunúť do nového písm. i) v ods. 14. V ods. 15 je použitý nový pojem „aktualizácia zoznamu“, navrhujeme ho definovať. V ods. 16 vzniká zásadná otázka vedenia zoznamu poistencov na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a tá je dôvodom na zaradenie do čakacej listiny: a) nedostatočná kapacita poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo b) nedostatok finančných prostriedkov, resp. nedostatočný zmluvný objem zdravotnej poisťovne. Od týchto dvoch skutočností by sa mal odvíjať režim v čakacích listinách. V prípade, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemá kapacitu, nie je ekonomicky opodstatnený dôvod, aby mu zdravotná poisťovňa uhrádzala neposkytnutú plánovanú starostlivosť do 12 mesiacov. V ods. 16 je uvedené, že v prípade, ak zdravotná poisťovňa je v ohrození pri úhrade neodkladnej zdravotnej starostlivosti u konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, nemusí uhradiť plánovanú zdravotnú starostlivosť. Takáto situácia by nemala nastať, keďže takýto stav zdravotnej poisťovne by bol dôvodom na zrušenie povolenia zdravotnej poisťovne. Ďalším dôvodom neuhradenia plánovanej zdravotnej starostlivosti v lehote 12 mesiacov je skutočnosť, že poistenec trvá na poskytnutí plánovanej zdravotnej starostlivosti u konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Návrh na zaradenie do zoznamu dal poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s čím poistenec súhlasil, preto je otázne, ako preukáže poistenec skutočnosť, že „trvá“ na poskytnutí starostlivosti u konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, keď už čaká napr. 12 mesiacov a až potom je informovaný, že mu môže byť poskytnutá plánovaná zdravotná starostlivosť iným poskytovateľom. Táto informácia by mu mala byť navrhnutá skôr. V ods. 18 navrhujeme doplniť ako a od koho sa poistenec dozvie, že má nárok na plánovanú zdravotnú starostlivosť u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.~~ | **~~Z~~** | **~~A~~** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **ÚDZS** | **K Čl. I. z. č. 581.2004 Z. z. K bodu 9 – všeobecná pripomienka k § 6aa – zásadná**  Podľa názoru úradu v praxi je § 6aa v navrhovanom znení ťažko realizovateľný z nasledovných dôvodov: Navrhovaná právna úprava v §6aa spôsobí neprimeraný, neopodstatnený nárast administratívy u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zdravotných poisťovní, súbeh neprehľadného vedenia rovnakých zoznamov v zdravotníckych zariadeniach a zdravotných poisťovniach bez významnejšieho efektu pre ktorúkoľvek zainteresovanú stranu. Vzhľadom na termíny navrhnuté v novele zákona vzniknú v zoznamoch poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti trvalé diskrepancie z dôvodu časových posunov. Z poslednej vety ods. 4 vyplýva reálna diskriminácia pacientov, ktorí nie sú darcami krvi. Ak je poistenec darcom krvi s príslušným ochorením a má byť zaradený na prvé miesto na čakaciu listinu, má prioritu porovnateľnú s akútnym pacientom. Spochybňuje to dôveryhodnosť vedenia čakacích listín, jeho zaradenie na čakaciu listinu je prakticky zbytočné. V ods. 6 návrh na pridelenie kódu v navrhnutej štruktúre hovorí o dátume doručenia do zdravotnej poisťovne a nie o dátume, ktorý sa považuje za dátum zaradenia do zoznamu podľa ods. 3. Medzi dátumom zaradenia a pridelením kódu môžu v praxi prebehnúť aj viac ako 2 mesiace. Zdravotná poisťovňa aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vedie porovnateľný zoznam. Podľa súčasných skúseností zoznam poistencov je neprehľadný a vedie k častej chybovosti. Racionálne by bolo správne a objektívne viesť jeden register, nie zoznam ktorý by bol jedinečný a vstupovali by doň zainteresované subjekty. Podľa názoru úradu v ods. 8 písm. e) nie je objektívny dôvod pre zdravotnú poisťovňu uchovávať v registratúre pravidlá vedenia zoznamu, ich zmeny a údaje o zmenách 15 rokov, keď pravidlá a rozsah vedenia zoznamu určuje zákonná norma. Následne by potom pravidlá mali viesť aj poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme v ods. 8 písm. f) zjednotiť dikciu „posielať alebo sprístupniť“ na „posielať“ alebo „sprístupniť“, keďže je medzi nimi podstatný rozdiel. V ods. 10 sa uvádza, že poradie určené pri zaradení u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môže zdravotná poisťovňa zmeniť a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný ho dodržiavať. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti oznamuje poistencovi dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti zvyčajne 15 pracovných dní pred určeným dátumom (chýba forma oznámenia). Odklad poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti je možný na základe žiadosti zaslanej zdravotnej poisťovni v nadväznosti na ods. 11 písm. c). Podľa názoru úradu nie je jednoznačne stanovený subjekt, ktorý rozhoduje a koordinuje vedenie čakacích listín. Jeden subjekt (poskytovateľ zdravotnej starostlivosti) oznamuje 15 dní pred nástupom poistencovi, poistenec oznamuje nenastúpenie druhému subjektu (zdravotnej poisťovni) a prvý subjekt (poskytovateľ zdravotnej starostlivosti) informuje druhý subjekt (zdravotnú poisťovňu) do troch pracovných dní od nenastúpenia o skutočnosti, že poistenec nenastúpil na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme, aby aktuálna zdravotná poisťovňa oznamovala zmenu poistného vzťahu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, na základe čoho poskytovateľ vykoná zmenu vo svojom zozname. Túto povinnosť nenavrhujeme ukladať poistencovi, keďže poistenec o tejto povinnosti nemusí mať vedomosť a v praxi to môže spôsobovať problémy. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sa o zmene zdravotnej poisťovne poistenca môže dozvedieť až v deň nástupu poistenca na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. V ods. 13 sú uvedené prípady hodné osobitného zreteľa na strane poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, navrhujeme doplniť, resp. zosúladiť, keď nastane súbeh so skutočnosťou uvedenou v ods. 16 - úhrada najneskôr do 12 mesiacov. Je proti zásadám hospodárnosti platiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti úhradu za neposkytnutú plánovanú zdravotnú starostlivosť, ak poskytovateľ nie je schopný realizovať zdravotnú starostlivosť napr. pre materiálno technické, alebo personálne vybavenie. V ods. 13 je v poslednej vete uvedené, že ak vznikla súbežná choroba ktorú je potrebné liečiť prednostne, v takom prípade sa pacient zo zoznamu vyradí. Navrhujeme túto povinnosť presunúť na základe informácie od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti do ods. 14, ktorý obsahuje dôvody vyradenia zo zoznamu. Navrhujeme preto poslednú vetu uvedenú v ods. 13 presunúť do nového písm. i) v ods. 14. V ods. 15 je použitý nový pojem „aktualizácia zoznamu“, navrhujeme ho definovať. V ods. 16 vzniká zásadná otázka vedenia zoznamu poistencov na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a tá je dôvodom na zaradenie do čakacej listiny: a) nedostatočná kapacita poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo b) nedostatok finančných prostriedkov, resp. nedostatočný zmluvný objem zdravotnej poisťovne. Od týchto dvoch skutočností by sa mal odvíjať režim v čakacích listinách. V prípade, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemá kapacitu, nie je ekonomicky opodstatnený dôvod, aby mu zdravotná poisťovňa uhrádzala neposkytnutú plánovanú starostlivosť do 12 mesiacov. V ods. 16 je uvedené, že v prípade, ak zdravotná poisťovňa je v ohrození pri úhrade neodkladnej zdravotnej starostlivosti u konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, nemusí uhradiť plánovanú zdravotnú starostlivosť. Takáto situácia by nemala nastať, keďže takýto stav zdravotnej poisťovne by bol dôvodom na zrušenie povolenia zdravotnej poisťovne. Ďalším dôvodom neuhradenia plánovanej zdravotnej starostlivosti v lehote 12 mesiacov je skutočnosť, že poistenec trvá na poskytnutí plánovanej zdravotnej starostlivosti u konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Návrh na zaradenie do zoznamu dal poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s čím poistenec súhlasil, preto je otázne, ako preukáže poistenec skutočnosť, že „trvá“ na poskytnutí starostlivosti u konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, keď už čaká napr. 12 mesiacov a až potom je informovaný, že mu môže byť poskytnutá plánovaná zdravotná starostlivosť iným poskytovateľom. Táto informácia by mu mala byť navrhnutá skôr. V ods. 18 navrhujeme doplniť ako a od koho sa poistenec dozvie, že má nárok na plánovanú zdravotnú starostlivosť u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **Union ZP** | **Čl. IV bod 32 (§ 24 písm. p)** „... oprava vykazovania po tomto termíne sa vykoná v mesiaci, v ktorom bol chybový protokol zamestnávateľovi doručený“ – navrhujeme vypustiť . V súčasnom znení zákona je v §24 písm. n) povinnosť opraviť mesačný výkaz do 30 dní odo dňa doručenia chybového protokolu. Platitelia aj priamo na portáli vidia chyby v MV. Sú prípady chýb vo vykazovaní, kedy nie je možné opravu vykonať v mesiaci, v ktorom bol doručený chybový protokol (dôvodová správa), napr. nevykázanie príjmu zamestnanca, ktorému môže zaniknúť poistný vzťah z rôznych dôvodov. Potvrdenia o stave pohľadávok nebudú správne | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 5 zákona č. 581.2004 Z. z.)** „Zmluvný poskytovateľ“ navrhujeme nahradiť „poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s ktorým má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu“ Legislatívno-technická pripomienka | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **čl. I bod 63**  § 86z sa dopĺňa o odsek 3, ktorý znie: „Osoby ustanovené do funkcie podľa §4 odseky 1 až 3 do 31.10.2018 sú povinné preukázať neexistenciu konfliktu záujmov do dvoch mesiacov od účinnosti zákona spôsobom podľa § 4 odsek 4.“ Prechodné ustanovenie k § 4 ods. 4 | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 9 (§ 6aa ods. 19)** Ak nebude akceptovaná naša požiadavka na vypustenie § 6aa ods. 19, navrhujem za ustanovenie“... Švajčiarsku“ doplniť ustanovenie „a to presne v tomto poradí v cene obvyklej“ Striktné určenie poradia výberu alternatívneho poskytovateľa. | **O** | **A** | Ustanovenia sa vypúšťajú. |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 3 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Ak nebude akceptovaná naša pripomienka požadujúca vypustenie §6aa z predkladaného návrhu zákona, navrhujeme vypustiť ustanovenie„ vyhotovenia návrhu poskytovateľom zdravotnej starostlivosti“ a nahradiť ho ustanovením „ kedy návrh zdravotná poisťovňa zaradila do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti“. Zmenou ustanovenia sa docieli, že do záznamu sa dostanú odoslané a oprávnené návrhy poskytovateľov | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 2 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Ak nebude akceptovaná naša pripomienka požadujúca vypustenie §6aa z predkladaného návrhu zákona, požadujeme aby, sa povinnosť viesť Zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti vzťahovalo iba na ústavnú zdravotnú starostlivosť. Žiadame explicitne zakotviť v zákone, že povinnosť viesť Zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti sa môže vzťahovať iba na formu ústavnej zdravotnej starostlivosti. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 4 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Ak nebude akceptovaná naša pripomienka požadujúca vypustenie §6aa z predkladaného návrhu zákona, požadujeme nahradenie ustanovenia „jedného mesiaca“ ustanovením „do troch mesiacov“. Časový interval jedného mesiaca je príliš krátky, aby bolo možné zadministrovať celý proces čakacích listín a je v rozpore s Prílohou č5 vyhlášky MZ Lehota jeden mesiac je podľa nášho názoru nedostatočná aj pre poistenca, či PZS | **Z** | **ČA** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 6 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Ak nebude akceptovaná naša pripomienka požadujúca vypustenie §6aa z predkladaného návrhu zákona, požadujeme vypustiť ustanovenie „Zdravotná poisťovňa nesmie zaradiť do zoznamu poistenca, ktorého zdravotný stav spĺňa kritériá na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.17)“ a nahradenie ustanovením „Poskytovateľ nesmie zaslať návrh na zaradenie do zoznamu poistenca, ktorého zdravotný stav spĺňa kritériá na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.17)“ Stav poistenca, ktorý si vyžaduje neodkladnú zdravotnú starostlivosť je známy poskytovateľovi | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 11 (§ 9 ods. 12 )** Číslovku „15“ navrhujeme nahradiť číslovkou „10“ a medzi slová „výške“ a „rozdielu“ vložiť slovo „2-násobku“. V záujme prevencie neoprávneného „upcode-u“ v DRG navrhujeme upraviť uvedené ustanovenie. | **Z** | **N** | ustanovenie vypustené |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 6 zákona č. 581.2004 Z. z.) posledná veta** Jedinečný identifikačný kód do piatich dní nahradiť „do desiatich dní“ Vzhľadom na administratívnu záťaž poisťovne a na povinnosť aktualizácie zoznamu vždy ku koncu mesiaca považujeme 10 dní za primeranú lehota na zaslanie identifikačného kódu poistencovi, | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 16 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Medzi výnimky z povinnosti poskytnúť ZS do 12 mesiacov navrhujeme doplniť aj prípad, ak nastal odklad plánovanej ZS podľa ods. 13 | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **§ 1 písm. d ) vyhlášky č. ....2018 ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu** Miestna a časová dostupnosť ZS uhrádzanej z VZP vecne nesúvisí s čakacími listinami, navyše neúplné prílohy nie je možné pripomienkovať. | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 60 (§ 77a ods. 7)** Na konci prvej vety navrhujeme doplniť „pokým o nich úrad nerozhodne“ | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 7 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Navhrujeme túto povinnosť uložiť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pri určovaní dátumu planovanej zdravotnej starostlivosti. Navyše, povinnosť zaradovať do „prvej tretiny“ je príliš vágna a neurčitá, nakoľko poistenec môže byť zaradený na prvé miesto, ale aj na posledné miesto prvej tretiny V ods. 4 je uvedené, že súčasťou návrhu na zaradenie na zoznam, ktorý zasiela PZS je dátum plánovaného poskytnutia ZS, z uvedeného teda vyplýva, že pre poistenca je irelevantné, či je zaradený na 3. alebo 23. miesto, pokiľa má určený dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 4 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Navrhujeme aby písomný návrh na zaradenie do zoznamu obsahoval aj predpokladanú cenu výkonu Doplnenie tohto parametru efektivizuje proces tvorby technických rezerv exaktnejšie stanovuje ich výšku | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 62 (§ 85g ods. 12 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Navrhujeme do čl. I doplniť nasledovné ustanovenie: „§ 8 sa dopĺňa odsekmi 16 a 17, ktoré znejú: „(16) Príslušná zdravotná poisťovňa uhrádza zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných zložiek počas poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi ambulantnej starostlivosti, kde úhrada za zdravotné výkony zariadenia spoločných zložiek je zahrnutá v celkovej úhrade za ambulantnú zdravotnú starostlivosť, alebo zariadeniu spoločných zložiek v závislosti od dohody o úhrade podľa § 7 ods. 9 písm. h). (17) Ak príslušná zdravotná poisťovňa uhradila zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných zložiek počas poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi ambulantnej zdravotnej starostlivosti a súčasne aj zariadeniu spoločných zložiek, má právo na vrátenie úhrady voči poskytovateľovi ambulantnej zdravotnej starostlivosti.“. Znenie § 85g ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z. obsahuje vnútorný odkaz na absentujúci § 8 ods. 17 zákona č. 581/2004 Z. z. | **O** | **N** | nad rámec rozsahu novely |
| **Union ZP** | **nad rámec - § 9 ods. 8 zákona č. 580.2004 Z. z.**  Navrhujeme doplniť § 9 odsekom 8, ktorý znie: „(8) Na účely náhrady vynaložených nákladov sú právnické osoby a fyzické osoby, súdy, orgány činné v trestnom konaní a orgány štátnej správy, povinné poskytovať poisťovni potrebnú súčinnosť, najmä predkladať v ustanovenej lehote požadované doklady a oznamovať požadované údaje.“. | **O** | **N** | nad rámec rozsahu novely  Tak rozsiahle koncipovaná povinnosť súčinnosti musí byť predmetom MPK, aby sa k nej mohli vyjadriť všetky zainteresované subjekty. |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 54 (§ 47 ods. 4 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Navrhujeme doplniť za „splnomocnený zástupca“ „bezdôvodne“ nedostaví na preverenie.... | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 30 (§ 20c ods. 10 písm. a) zákona č. 581.2004 Z.z.)** Navrhujeme ponechať v pôvodnom znení. Navrhované znenie by neumožňovalo aktualizovať Zoznam odborne spôsobilých osôb, nakoľko by sa do Zoznamu zapisovali údaje v rozsahu mena, priezviska a akademického titulu, iba ku dňu získania osvedčenia. Súčasne by sa navrhované znenie dostalo do kolízie s § 20c ods. 11 písm. f). | **Z** | **N** | Trváme na navrhovanom znení. Zosúladenie s § 20c ods. 11 písm. f) zákona č. 581/2004 Z.z. je odstránené. Odborne spôsobilá osoba nemá povinnosť nahlasovať žiadne zmeny CKS. |
| **Union ZP** | **Čl. IV bod. 28 (§ 23 ods. 2 )** Navrhujeme poslednú vetu upraviť: uzatvorenou pracovnou zmluvou a dokladom o príjme zo závislej činnosti, alebo inými relevantnými dokladmi. Samotná pracovná zmluva na deklarovanie pracovného pomeru nepostačuje. Z praxe vieme, že sa stáva, že pracovná zmluva je podpísaná pred termínom nástupu do zamestnanca a ak zamestnanec do práce nenastúpi, stále disponuje podpísanou pracovnou zmluvou. | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 16 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Navrhujeme predmetné ustanovenie vypustiť Poskytnutie plánovanej ZS v lehote do 12 mesiacov je v prvom rade v dispozícii PZS a zdravotnej poisťovne. ZP nemôže byť viazaná takouto povinnosťou. Zároveň podľa odseku 20 ZP vytvára technické rezervy na úhradu plánovej ZS. Toto ustanovenie je navyše v rozpore s platným a účinným ustanovením § 8 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. Navrhované ustanovenie dáva priestor na bezdôvodné a zbytočne predlžovanie čakacej doby s cieľom úhrady aj neposkytnutej zdravotnej starostlivosti. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 4 (§ 6 ods. 1 písm. ab)** Navrhujeme slová „riadený manažment poistenca“ nahradiť slovným spojením „zdravotné programy pre poistencov“ Zdravotná poisťovňa sa chce podieľať na rozvoji zdravia a zdravého životného štýlu svojich poistencov, ale nechce sa stavať do pozície poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Manažment pacienta je vnímaný ako súčasť poskytovania zdravotnej starostlivosti, za ktorú je zodpovedný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, preto považujeme toto slovné spojenie pri činnosti zdravotných poisťovní za nesprávne. | **Z** | **N** | Zdravotná poisťovňa nemôže spájať, zbierať a prepájať iné údaje ako sú potrebné k výkonu verejného zdravotného poistenca u konkrétneho poistenca a taktiež nemôže nahrádzať činnosť Úradu verejného zdravotníctva.  Pôvodný návrh bol rozšíriť možnosti poradenskej činnosti ZP vo vzťahu k svojim poistencom.  Diagnostiku a liečbu (konkrétnej choroby) pacienta by mal manažovať ošetrujúci lekár, ktorý je aj za túto činnosť v zmysle poskytovania zdravotnej starostlivosti „lege artis“ zodpovedný. Celkový prehľad o všetkých vykonaných ošetreniach a vyšetreniach pacienta by mal mať v dokumentácii všeobecný lekár.  Manažment pacienta je o všetkých ochoreniach, nielen o primárnej starostlivosti. Navyše nestačí dohodnúť len s PZS, je to o širších súvislostiach, je nutné zabezpečiť manažment ochorenia ako takého naprieč viacerými odbornosťami. Primárne sa týka zapojeného POI, ošetrujúci lekár VAS je obvykle rovnako zapájaný.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa ustanovenie vypustí aj v nadväznosti na pripomienky iných subjektov. |
| **Union ZP** | **Čl .I bod 9 (§ 6aa ods. 19)** Navrhujeme toto ustanovenie vypustiť Navrhované znenie je v rozpore s platnou úpravou úhrady poskytovania zdravotnej starostlivosti nezmluvnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a v rozpore s úpravou úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti v cudzine, ktorej schvaľovanie je predmetom správneho konania a podmienky jej preplatenia sú taxatívne stanovené. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. IV bod 3 (§ 3 ods. 3 písm. j zákon č. 580.2004 Z. z.)** Navrhujeme upraviť do dosiahnutia 18 roku veku na do dosiahnutia plnoletosti V praxi sa totižto môže stať, že nezaopatrené dieťa sa zosobáši napr. vo veku 17 rokov, stáva sa plnoletým a teda už nebude spĺňať podmienku osobného rozsahu VZP – už nebude naviazané na zákonného zástupcu | **O** | **N** | z pohľadu aplikačnej praxe je vek 18 rokov praktickejší a jednoduchší na kontrolu |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 2 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Navrhujeme vypustiť „§ 7b“ v zátvorke § 7b zákona č. 581/2004 Z. z. upravuje uzatváranie zmlúv na urgentnom príjme, kde sa poskytuje neodkladná zdravotná starostlivosť, ktorá nie je predmetom čakacích zoznamov | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 7 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Navrhujeme vypustiť „darca orgánu“ Nie je v súlade s navrhovaným ods. 4 nakoľko PZS podľa tohto odseku oznamuje ZP iba údaje o darcoch krvi, nie darcovi orgánu. | **O** | **ČA** | prepracované |
| **Union ZP** | **Čl IV bod 4 (§8 ods. 1 písm. b)** Navrhujeme vypustiť slová „a súhlasí s ich poskytnutím“. V záujme zjednodušenia komunikácie s poistencami, požadujeme, aby telefonický kontakt a e-mail (ak ich poistenec má) boli povinnou súčasťou prihlášky bez ohľadu na súhlas poistenca. | **Z** | **N** | vzhľadom k skutočnosti, že tieto kontakty (email, telefón, bankový účet) nemá poistenec povinnosť si zriadiť, aj pri vypustení tohto textu by sa v praxi nič nezmenilo |
| **Union ZP** | **Čl I bod 9 (§ 6aa ods. 17)** Navrhujeme vypustiť toto ustanovenie. Zdravotná poisťovňa priamo nedisponuje informáciami o čakacích lehotách poistencov všetkých zdravotných poisťovní. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 3 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Nesúhlasíme s úpravou, podľa ktorej sa za dátum zaradenia považuje dátum vyhotovenia návrhu Dátum zaradenia nemôže byť dátumom vyhotovenia návrhu, keďže návrh vyhotovuje poskytovateľa, a zdravotná poisťovňa sa ho dozvie až neskôr (do 10. dňa mesiaca nasledujúceho po vyhotovení návrhu, pričom lehota môže byť ešte neskoršia, ak zdravotná poisťovňa vráti neúplný návrh).Na dátum zaradenia sú naviazané niektoré povinnosti zdravotnej poisťovne, napríklad podľa šiestej vety odseku 4 musí zdravotná poisťovňa do piatich pracovných dní od zaradenia zaslať poistencovi jedinečný identifikačný kód. Dodržanie poradia je zabezpečené cez prvú vetu odseku 4. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods.15 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Podľa odseku 13 nahradiť „podľa odseku 14“ Legislatívno-technická úprava | **O** | A |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod. 21 (§ 16 ods. 7 )** Poznámku pod čiarou 35ce navrhujeme zmeniť na: 35ce) zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov Legislatívno- technická úprava | **O** | **A** | poznámky vypustené |
| **Union ZP** | **Príloha č. 4 k vyhláške č. ....2018 ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu** Požadujeme spresnenie, čo sa ma namysli „dojazdovým časom“, resp. akým dopravným prostriedkom má byť naplnená miestna dostupnosť | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 23 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Požadujeme vypustenie tohto splnomocňovacieho ustanovenia. Nie je zrejmé, kto a akým spôsobom má vyhodnocovať a zodpovedať za plnenie tohto podzákonného predpisu, z ktorého vyplýva miestna a časová dostupnosť zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia. Upozorňujeme na skutočnosť, že formálne stanovenie časovej a miestnej dostupnosti nevyrieši situáciu s chýbajúcimi špecialistami, resp. s ich nedostatočnými kapacitami. Takisto nie zrejmý vecný vzťah tohto podzákonného predpisu k zákonu č. 581/2004 Z. z., resp. k iným zákonom. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods.10 zákona č. 581.2004 Z. z.)** požadujúca vypustenie §6aa z predkladaného návrhu zákona, Navrhujeme v tretej vete vypustiť ustanovenie „ zdravotnej poisťovni“ ustanovením „ poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti“ a doplnenie vety. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti oznámi zdravotnej poisťovni nový termín poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti, pričom zdravotná poisťovňa ponechá poistenca v zozname. Účelom je zrýchlenie a zjednodušenie procesu. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods.13 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Rozpor medzi prvou a poslednou vetu - z navrhovaného znenia nie je zrejmé, či ide o vyradenie zo zoznamu alebo dočasne odloženie poskytovania zdravotnej starostlivosti; navyše navrhované znenie neupravuje spätné zaradenie do zoznamu, nie zrejmé či je potrebný nový návrh poskytovateľa zdravotnej starostlivosti | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **ČL. I bod 50 (§46a ods. 2 zákona č. 581.2004 Z.z.)** Slova „bezodkladne a bezodplatne“ požadujeme nahradiť slovami „v primeranom čase a za náhradu preukázateľných výdavkov“. Uvedené navrhujeme najmä z dôvodu, že navrhovaná povinnosť sa vzťahuje na tretie osoby, ktoré jednak nemusia byť priamo zainteresované vo veci a jednak vzhľadom na množstvo predkladaných dokumentov je neadekvátne od nich požadovať predloženie týchto dokumentov bezodkladne a bezodplatne | **O** | **ČA** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany. |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 14 (§ 15 ods. 1 písm. e))** Slová „verejné prostriedky“ navrhujeme nahradiť slovom „finančné prostriedky“. | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. V**  Slovo „prvého“ sa nahrádza slovom „druhého. V texte zákona (čl. I) sa na viacerých miestach mení odkaz z § 6 ods. 2 na § 6aa (bod 3, 10, 16 a 17), je potrebné posunúť aj ich účinnosť. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **nad rámec - § 9 ods. 4 zak. 580.2004 Z. z.**  V § 9 ods. 4 sa na konci pripája táto veta „Náklady súvisiace s utajeným pôrodom15ab) uhrádza zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencov; tieto náklady zdravotnej poisťovni uhradí ministerstvo zdravotníctva.“. Poznámka pod čiarou k odkazu 15ab znie: „15ab) § 11 ods. 11, § 19 ods. 4 a 5 a § 23 ods. 5 zákona č. 576/2004 Z. z.“. | **O** | **N** | nad rámec  je potrebné uvedené upraviť iným spôsobom |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods.11 zákona č. 581.2004 Z. z.)** V písm. d) doplniť za „oznamuje“ lehotu „do troch pracovných dní“ Doplnenie lehoty | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods.14 zákona č. 581.2004 Z. z.)** V písmene a) žiadame vypustiť ustanovenie „okrem administratívnych chýb“ Vylúčením tohto ustanovenia sa zamedzí vysokej administratívnej náročnosti na strane poisťovne | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 8 zákona č. 581.2004 Z. z.)** V písmene c) vypustiť ustanovenie „ o spôsobe informovania sa zdravotná poisťovňa dohodne s poistencom“ Nadbytočná úprava, zdravotná poisťovňa a poistenec majú rôzne formy komunikácie a tie si určujú aj bez zákonného splnomocnenia | **O** | **N** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 8 zákona č. 581.2004 Z. z.)** V písmene d) doplniť na konci: , ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom zdravotná poisťovňa aktualizovala zoznam. Spresnenie lehoty | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 16 zákona č. 581.2004 Z. z.)** V prípade ak nebude akceptovaná naša požiadavka k vypusteniu § 6aa ods. 16, navrhujme doplniť ustanovenie „Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný poskytnúť plánovanú zdravotnú starostlivosť do 12 mesiacov odo dňa zaradenia poistenca do zoznamu a zdravotná poisťovňa je povinná takúto poskytnutú a medicínsky uznanú plánovanú zdravotnú starostlivosť uhradiť....“ Navrhovaným ustanovením sa zamedzí úhradám nevykonanému poskytovaniu plánovanej zdravotnej starostlivosti. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 15 (§15 ods. 1 písm. ah) zákona č. 581.2004 Z. z.)** V prípade ak nebude akceptovaná naša požiadavka na vypustenie ustanovenia § 15 ods. 1, žiadame doplniť úpravu akým podielom sa majú zdravotné poisťovne podieľať na úhrade nákladov, zároveň upozorňujeme na skutočnosť, že zmluva medzi zdravotnými poisťovňami, úradom, Sociálnou poisťovňou, MPSVaR a UPSVaR, ktorú predpokladá navrhované ustanovenie, nie je uzavretá | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **ČL I bod bod 9 (§ 6aa ods. 17)** V prípade, ak nebude akceptovaná naša požiadavka na vypustenie § 6aa ods. 17 navrhujeme zakotviť, že ak zdravotná poisťovňa poistencovi zaradenému v zozname navrhne poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a poistenec to odmietne, zdravotná poisťovňa má právo ho zoznamu vyradiť. Účelom tohto ustanovenia je, aby zdravotná poisťovňa mala k dispozícií nástroj na manažment pacientov zaradených do zoznamu. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 6 zákona č. 581.2004 Z. z.)** V prípade, ak nebude akceptovaná naša pripomienka na vypustenie alebo úpravu § 6aa ods. 2, navrhujeme upresniť, či zdravotná poisťovňa zaraďuje poistenca podľa dátumu a času doplneného návrhu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo pôvodného | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 60 (§ 77a ods. 6)**  V prvej vete navrhujeme nahradiť slovo „rozhodnutie“ za „výkaz nedoplatkov“ Zdravotná poisťovňa nevydáva rozhodnutia. | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Príloha č. 1 k vyhláške č. ....2018 ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu**  V súlade s našimi pripomienkami k § 6aa navrhujeme, aby sa zoznam viedol len na vybrané choroby, na ktoré je už v súčasnosti dlhá čakacia doba a aby sa zoznam vzťahoval len na ústavnú zdravotnú starostlivosť | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods.14 zákona č. 581.2004 Z. z.)** V súvislosti s písmenom f) - nie je zrejmé, ako zmena zdravotnej poisťovne ovplyvní celkové poradie poistenca na zozname u jeho novej príslušnej ZP, na aké miesto je ZP povinná zaradiť nového poistenca. Poistencom by malo byť garantované poradenie aj po zmene ZP | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 9 (§ 6aa ods. 21)** V súvislosti s tvorbou technických rezerv upozorňujeme na skutočnosť, že zdravotné poisťovne uhrádzajú náklady za ústavnú ZS formou globálnych / perspektívnych rozpočtov, pri takomto nastavení úhrady je stanovenie cien a tvorba technických rezerv náročná/ nevykonateľná | **O** | **N** |  |
| **Union ZP** | **Čl IV bod 56 (§29b ods. 8 písm. d)** V súvislosti s týmto návrhom navrhujeme do platného znenia § 29b ods. 6 doplniť: Preukazovanie skutočností podľa § 11 ods. 7 a § 9 ods. 2 písm. h) sa upraví dohodou, Terajšia úprava ani tá navrhovaná nerieši povinnosť úradu oznámiť túto skutočnosť zdravotný poisťovniam. Účelom preto je, aby sa zdravotná poisťovňa dozvedela o skutočnosti podľa §9 ods. 2 písm. h) | **O** | **N** | súčasné znenie zákona už obsahuje povinnosť ÚDZS oznamovať poisťovni tieto údaje |
| **Union ZP** | **Príloha č. 2 k vyhláške č. ....2018 ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu** Zásadne nesúhlasíme s textom poučenia z dôvodov, pre ktoré navrhujeme vypustenie navrhovaného § 6aa ods. 19 zákona č. 581/2004 Z. z., je v rozpore s úhradou a podmienkami nároku na plánovanú ZS v zahraničí podľa zákona č. 580/2004 Z. z. | **Z** | **ČA** | prepracované |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 58 (§ 64 ods. 8 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Zásadne požadujeme ponechať predmetné ustanovenie v doterajšom znení. Považujeme za nedôvodné predlžovať objektívnu a subjektívnu prekluzívnu lehotu pre ukladanie pokút. | **Z** | **A** | Uplynutie prekluzívnej lehoty môže znemožniť úradu sankcionovať konanie, ktorým subjekt dlhodobo alebo opakovane porušoval právne predpisy. Dôvodom je riešenie stále zložitejších prípadov, s viacerými dohliadanými subjektmi v rámci dohľadov, čo predlžuje lehotu výkonu dohľadu a znižuje možnosť na uloženie sankcie zo strany úradu. |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa zákona č. 581.2004 Z. z.)** Zásadne požadujeme vypustenie celého navrhovaného ustanovenia § 6aa. Ak táto pripomienka nebude akceptovaná, alternatívne požadujeme zakotviť vedenie Zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti ako možnosť a nie povinnosť zdravotnej poisťovne. Uvedená povinnosť bude viesť k zásadnému a z nášho pohľadu nedôvodnému nárastu administratívnej ako i finančnej záťaže tak na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých sa to týka, ako aj na strane zdravotných poisťovní. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 13 (§ 11 ods. 12 zákona č. 581.2004 Z. z.** Zásadne požadujeme vypustenie tohto ustanovenia. Považujeme ho za zásah do ústavného práva zdravotných poisťovni na slobodu podnikania. Navyše toto ustanovenie nijakým spôsobom nezaväzuje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v tom zmysle, že ich požiadavky voči zdravotným poisťovniam nemusia byť zohľadňovať zásadné smery a priority štátnej zdravotnej politiky. | **Z** | **N** | ustanovenie prepracované, ustanovenie nezasahuje do žiadnych práv, navrhuje sa len určiť štruktúru výdavkov ako podklad k rozpočtu |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 59 (§ 64 ods. 11 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Zásadne požadujeme vypustenie tohto ustanovenia. Toto ustanovenie hodnotíme ako neprimeraný sankčný mechanizmus. | **Z** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 15 (§15 ods. 1 písm. ah) zákona č. 581.2004 Z. z.)** Zásadne požadujeme vypustenie tohto ustanovenia. Zásadne nesúhlasíme s touto povinnosťou. Navrhujeme, aby náklady na správu prístupového bodu pre elektronickú výmenu dát s inými členskými štátmi boli kryté zo štátneho rozpočtu. | **Z** | **N** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 8 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Žiadame vypustiť písmeno b) Táto povinnosť je daná odsekom 10 poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 8 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Žiadame vypustiť písmeno d) Informácie o celkovom poradí má poskytovateľ i UDZS, predpokladaný termín určuje poskytovateľ pri návrhu na zaradenie. Poistenec je o tomto dátum upovedomený už pri návrhu, ktorý vypĺňa PZS | **O** | **A** |  |
| **Union ZP** | **Čl I. bod 9 (§ 6aa ods. 9 zákona č. 581.2004 Z. z.)** Žiadame vypustiť ustanovenie „priemerná očakávaná doba čakania“ a nahradiť ho „plánovaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti“. Priemerná očakávaná doba je neurčitý pojem. | **O** | **A** |  |
| **UOOU SR** | **K čl. I k bodu 30 k navrhovanému § 20b ods. 1 písm. b)** Navrhujeme, aby slovné spojenie „i mimoriadne nad rámec ročného zberu údajov“ bolo z predmetného ustanovenia vypustené, alebo aby bola mimoriadnosť zadefinovaná konkrétne/opisne. Odôvodnenie: Od 25.5.2018 je účinné NARIADENIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „nariadenie“) a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“). Nakoľko z predmetného ustanovenie nie je presne jasné o zber akých údajov a v akých prípadoch pôjde, aby mohli byť definované ako „mimoriadne nad rámec ročného zberu údajov“, je potrebné mimoriadnosť definovať, alebo predmetné ustanovenie spresniť tak, aby „mimoriadnosť“ bola opisne určená spolu s dátami, o ktoré pri nej môže ísť a ktoré budú predmetom spracúvania. | **Z** | **A** | vypustené  Jedná sa o zber doplňujúcich údajov, ktoré nie sú v definovanej štruktúre a CKS zistí, že sú potrebné k štatisticko-analytickým výpočtom. Tiež je možné požiadať o zaslanie opravných údajov pri nesprávnom vykázaní, resp. doplnenie nesprávne spracovaného štruktúrovaného zberu. Je možné vynechať slovo mimoriadne. |
| **UOOU SR** | **K čl. I k bodu 21** Požadujeme posledné dve vety navrhovaného § 16 ods. 7 vypustiť pre ich nadbytočnosť a vecnú nesprávnosť a tiež upozorňujeme, že avizovaná poznámka pod čiarou č. 35 ce) neexistuje. Odôvodnenie: Od 25.5.2018 je účinné NARIADENIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „nariadenie“) a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“). V prípade, ak zdravotná poisťovňa v pozícii prevádzkovateľa bude spracúvať osobné údaje prostredníctvom sprostredkovateľa je povinná postupovať v zmysle čl. 28 nariadenia a iných jeho ustanovení, teda povinnosť zverejniť údaj o sprostredkovateľovi/inak o ňom dotknuté osoby informovať, je len jednou z mnohých povinností, ktoré je potrebné dodržiavať a plniť, no zodpovednosť za spracúvanie má naďalej poisťovňa. K poslednej vete navrhovaného znenia je potrebné uviesť, že prevádzkovateľ – zdravotná poisťovňa, zodpovedá za spracúvanie a ochranu osobných údajov dotknutých osôb v akejkoľvek forme, nielen za tie, ktoré spracúva v elektronickej forme. Posledná a predposledná veta vyznievajú mätúco, nakoľko poisťovňa či už v pozícii prevádzkovateľa, alebo ak bude pre ňu osobné údaje spracúvať sprostredkovateľ, má mnohé iné povinnosti, ktoré jej vyplývajú priamo z nariadenia, teda nie je potrebné, aby iba časti z nich boli konkretizované v tomto, či inom osobitnom zákone. | **Z** | **A** | vypustené |
| **UOOU SR** | **K čl. I k bodu 11 k navrhovanému § 9 ods. 13** Požadujeme spresnenie uvedeného navrhovaného znenia, alebo jeho vypustenie. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Od 25.5.2018 je účinné NARIADENIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „nariadenie“) a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“). Podľa nariadenia, podľa ktorého sa spracúvanie osobných údajov riadi, v tomto bode spracúvanie citlivých osobných údajov podľa čl. 9 ods. 1 nariadenia, je potrebné a nevyhnutné, aby spracúvanie a konkrétne spracovateľské operácie boli definované národnou legislatívou tak, aby z ich obsahu bolo jasne a nezameniteľne zrejmé, ako bude prevádzkovateľ, alebo zákonom poverený subjekt s osobnými údajmi pracovať a čo s nimi môže na vymedzený účel robiť. Z navrhovaného znenia, najmä z použitých slov „na diaľku využívať a spracovávať“ nie je zrejmé čo sa myslí použitým pojmom „využívať“, a to najmä v kontexte s účelom, ktorý je vymedzený ako „kontrolná činnosť“. Nakoľko ani dôvodová správa nie je v tomto ohľade objasňujúca navrhujeme ustanovenie preformulovať napríklad nasledovne „Zdravotná poisťovňa v rámci kontrolnej činnosti na diaľku, ak je to na jej výkon nevyhnutné, smie v nevyhnutnom rozsahu spracúvať osobné údaje poistencov, na ktorých poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykázali poskytnutú zdravotnú starostlivosť na úhradu.“. | **Z** | **A** | vypustené |
| **UOOU SR** | **K čl. I k bodu 13** Upozorňujeme, aby ministerstvo zdravotníctva nestanovilo zdravotnej poisťovni v súvislosti s predkladaním návrhu jej rozpočtu takú štruktúru predloženia, ktorá by neoprávnene a nad rámec nevyhnutný na jeho zostavenie zasahovala, alebo mohla narúšať ochranu osobných údajov fyzických osôb, o ktorých zdravotná poisťovňa spracúva osobné údaje v rozsahu svojej činnosti Odôvodnenie: Od 25.5.2018 je účinné NARIADENIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „nariadenie“) a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“). Podľa čl. 5 ods. 1 nariadenia je prevádzkovateľ povinný spracúvať osobné údaje v súlade so základnými zásadami ich spracúvania a podľa čl. 24 nariadenia za spracúvanie nesie zodpovednosť, tiež podľa čl. 32 nariadenia je prevádzkovateľ povinný osobné údaje chrániť adekvátnym spôsobom. Nakoľko sa úrad pri svojej činnosti stretol s požiadavkami, kedy na účely konfigurácie rozpočtu boli požadované aj osobné údaje zamestnancov, či iných fyzických osôb daného subjektu, účelom tejto pripomienky je takému konaniu zabrániť. | **O** | **A** |  |
| **UOOU SR** | **K čl. IV k bodu 57 k navrhovanému § 29b ods. 19 písm. g)** Ustanovuje sa poskytovanie údajov na účel „Sociálna poisťovňa poskytuje zdravotnej poisťovni na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia súčinnosť pri vykonávaní kontrolnej činnosti v rozsahu nevyhnutnom na dosiahnutie tohto účelu. Sociálna poisťovňa poskytuje zo svojho informačného systému zdravotnej poisťovni prostredníctvom informačného systému verejnej správy podľa osobitného predpisu55c) elektronicky na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje o “o nezaopatrenom dieťati. Tak z dikcie navrhovaného ustanovenia, ako ani z dôvodovej správy nie je zrejmé, prečo je dané osobné údaje potrebné zdravotnej poisťovni poskytovať, respektíve, prečo neposkytovanie týchto údajov doteraz nebolo problémom, nespôsobovalo pri kontrole a výkone verejného zdravotného poistenia problémy. Navrhujeme zvážiť potrebu tohto poskytovania, prípadne zvážiť rozsah poskytovaných osobných údajov a ak je priestor, tak rozsah minimalizovať v kontexte účelu. Odôvodnenie: Od 25.5.2018 je účinné NARIADENIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „nariadenie“) a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“). Poskytovanie osobných údajov by malo byť vykonávané, iba ak sú tieto skutočne nevyhnutné na splnenie účelu definovaného v národnej legislatíve, o to viac to platí, ak predmetom poskytnutia majú byť údaje týkajúce sa zdravia. Požadujeme preto, aby poskytovanie osobných údajov bolo čo do rozsahu zvážané, alebo, ak je toto nevyhnutné, bola potreba transferu osobných údajov zo sociálnej poisťovne zdravotnej poisťovni v dôvodovej správe náležite odôvodnená. | **Z** | **A** | vypustené |
| **ÚPLS SR** | **bod 4** Navrhujeme doplniť § 6 o ods. 12, ktorý znie:Zdravotnej poisťovni sa zakazuje vo vlastnom mene alebo prostredníctvom tretích osôb akýmkoľvek spôsobom určovať, v ktorej verejnej lekárni a výdajni zdravotníckych pomôcok si má poistenec humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu vybrať. Odôvodnenie:Všetci poskytovatelia lekárenskej starostlivosti musia mať zabezpečené rovnaké podmienky pre výkon povolania. Preferencia niektorých verejných lekární zo strany zdravotnej poisťovne je hrubý a neakceptovateľný zásah do podnikateľského prostredia a negatívne ovplyvňuje slobodný výber pacienta. | **Z** | **N** | Nad rámec zákona, je potrebné riešiť v inom zákone – v zákone č. 362/2011 Z. z.  ZP majú v rámci poradenskej činnosti právo upozorniť na zmeny v platnej legislatívne (napr. kategorizácie liekov, úprava ceny v kategorizačnom zozname), čo v žiadnom prípade nie je možné považovať za zásah do podnikateľského prostredia.  Zákaz by negatívne ovplyvnil/ sťažil efektivitu, účelnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov VZP.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka neakceptuje, MZSR toto berie ako podnet na prípadnú ďalšiu novelizáciu, avšak po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami. |
| **ÚPLS SR** | **bod4** Navrhujeme doplniť § 6 o ods. 10, ktorý znie:Zdravotnej poisťovni sa zakazuje vo vlastnom mene alebo prostredníctvom tretích osôb akýmkoľvek spôsobom ovplyvňovať pacienta pri výbere humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny.Odôvodnenie: Do liečebného procesu pacienta vstupuje lekár, farmaceut a zdravotná poisťovňa, pričom zdravotná poisťovňa od roku 2011 nemá zadefinované legislatívne články, ktoré definujú tento rámec činnosti zdravotnej poisťovne. Pri výdaji lieku zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je podstatné pre zachovanie zdravia pacienta nadradiť odbornosť nad ekonomické záujmy. Navyše odporúčania zdravotnej poisťovne nevychádzajú zo základných zásad farmakoekonomiky. Výsledky farmakoekonomických analýz dokazujú, že predpisovania a vydávanie lacnejších liekov neznamená v konečnom dôsledku šetrenie verejných finančných zdrojov. Naopak, na zabezpečenie efektivity a účinnosti liečby pri zachovaní kvality života pacienta je liečba lacnejšími produktmi finančne nákladnejšia. Krátkodobé ušetrenie je z dlhodobého hľadiska pre všetky zúčastnené strany nevýhodné. Výber a výdaj humánneho lieku má byť v rukách odborníkov. | **Z** | **N** | Nad rámec zákona, je potrebné riešiť v inom zákone – v zákone č. 362/2011 Z. z.  ZP neovplyvňuje pacienta pri výbere, pacient má vždy právo na slobodný výber poskytovateľa lekárenskej starostlivosti ako aj liekov a zdravotníckych pomôcok hradených alebo nehradených v verejného zdravotného poistenia, zdravotná poisťovňa má právo v súlade s legislatívou vykonávať poradenskú činnosť pre poistenca.  Zákaz by negatívne ovplyvnil/ sťažil efektivitu, účelnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov VZP.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka neakceptuje, MZSR toto berie ako podnet na prípadnú ďalšiu novelizáciu, avšak po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami. |
| **ÚPLS SR** | **bod 4** Navrhujeme doplniť § 6 o ods. 11, ktorý znie: Zdravotnej poisťovni sa zakazuje vo vlastnom mene alebo prostredníctvom tretích osôb akýmkoľvek spôsobom ovplyvňovať osoby oprávnené predpisovať humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pri výbere humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny.Odôvodnenie: Do liečebného procesu pacienta vstupuje lekár, farmaceut a zdravotná poisťovňa, pričom zdravotná poisťovňa od roku 2011 nemá zadefinované legislatívne články, ktoré definujú tento rámec činnosti zdravotnej poisťovne. Pri výdaji lieku zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je podstatné pre zachovanie zdravia pacienta nadradiť odbornosť nad ekonomické záujmy. Navyše odporúčania zdravotnej poisťovne nevychádzajú zo základných zásad farmakoekonomiky. Výsledky farmakoekonomických analýz dokazujú, že predpisovania a vydávanie lacnejších liekov neznamená v konečnom dôsledku šetrenie verejných finančných zdrojov. Naopak, na zabezpečenie efektivity a účinnosti liečby pri zachovaní kvality života pacienta je liečba lacnejšími produktmi finančne nákladnejšia. Krátkodobé ušetrenie je z dlhodobého hľadiska pre všetky zúčastnené strany nevýhodné. Výber a výdaj humánneho lieku má byť v rukách odborníkov. | **Z** | **N** | Nad rámec zákona, je potrebné riešiť v inom zákone – v zákone č. 362/2011 Z. z., zdravotná poisťovňa hlavne z dôvodu umožňovania uzatvárania dohôd z výrobcami by nemala byť obmedzovaná.  ZP v súlade s platnou legislatívou robí všetky kroky s cieľom zabezpečiť efektívne a transparentné vynakladanie prostriedkov zdravotného poistenia bez toho, aby to malo akýkoľvek negatívny dopad na zdravie poistencov a účinky liečby. ZP nevstupujú do odborných kompetencií lekárov a farmaceutov. Tvrdenie, že odporúčania ZP nevychádzajú zo zásad farmakoekonomiky nie je ničím podložené. Odbornosť a farmakoekonomika musia byť nie v postavení nadradenosti a podriadenosti ale v rovnováhe, s ohľadom na obmedzené zdroje verejného zdravotného poistenia.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka neakceptuje, MZSR toto berie ako podnet na prípadnú ďalšiu novelizáciu, avšak po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami. |
| **ÚPLS SR** | **bod 4** Navrhujeme doplniť § 6 o ods. 13, ktorý znie: Zdravotnej poisťovni sa zakazuje vo vlastnom mene alebo prostredníctvom tretích osôb akýmkoľvek spôsobom upozorňovať poistencov na akékoľvek aktivity a akcie verejných lekární a výdajni zdravotníckych pomôcok. Odôvodnenie:V súčasnosti sa množia SMS, ktoré ZP posielajú svojim poistencom a ktoré upozorňujú na akcie vo vybranej sieti lekární. Mobilnú aplikáciu VšZP si môžu poistenci aktivovať len vo vybranej sieti lekární. Všetci poskytovatelia lekárenskej starostlivosti musia mať zabezpečené rovnaké podmienky pre výkon povolania. Preferencia niektorých verejných lekární zo strany zdravotnej poisťovne je hrubý a neakceptovateľný zásah do podnikateľského prostredia a negatívne ovplyvňuje slobodný výber pacienta. | **Z** | **N** | Nad rámec zákona, je potrebné riešiť v inom zákone – v zákone č. 362/2011 Z. z.  Tvrdenie, že mobilnú aplikáciu VšZP si môžu poistenci aktivovať len vo vybranej sieti lekární sa nezakladá na pravde. Do aktivácie sa môže zapojiť ktorákoľvek lekáreň, ktorá prejaví záujem a pristúpi na podmienky, za ktorých sa aktivácia vykonáva. Aktivácia mobilnej aplikácie VšZP nemá vplyv na výber poskytovateľa lekárenskej starostlivosti  Zákaz by negatívne ovplyvnil/ sťažil efektivitu, účelnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov VZP.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa pripomienka neakceptuje, MZSR toto berie ako podnet na prípadnú ďalšiu novelizáciu, avšak po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami. |
| **ÚPLS SR** | **bod 4** v §6 ods.1 navrhujeme nahradiť text pís. ab): “môže dohodnúť s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.....predmetom činnosti“, textom, ktorý znie: musí dohodnúť s poskytovateľom primárnej starostlivosti, ktorý má zmluvný vzťah s poistencom.Odôvodnenie:Prevenciu, diagnostiku a liečbu pacienta zabezpečujú poskytovatelia primárnej starostlivosti. Ak chce ZP zasahovať do tejto činnosti, musí sa dohodnúť so zmluvným lekárom poistenca. Návrh nedefinuje v akých zariadeniach, s akými poskytovateľmi sa môže ZP dohodnúť, čím môže dôjsť k zásahu do podnikateľského prostredia. Návrh navyše nepredkladá, akým spôsobom chce ZP tento manažment realizovať, preto odporúčame návrh prepracovať . | **Z** | **A** | Pôvodný návrh bol rozšíriť možnosti poradenskej činnosti ZP vo vzťahu k svojim poistencom.  Diagnostiku a liečbu (konkrétnej choroby) pacienta by mal manažovať ošetrujúci lekár, ktorý je aj za túto činnosť v zmysle poskytovania zdravotnej starostlivosti „lege artis“ zodpovedný. Celkový prehľad o všetkých vykonaných ošetreniach a vyšetreniach pacienta by mal mať v dokumentácii všeobecný lekár.  Manažment pacienta je o všetkých ochoreniach, nielen o primárnej starostlivosti. Navyše nestačí dohodnúť len s PZS, je to o širších súvislostiach, je nutné zabezpečiť manažment ochorenia ako takého naprieč viacerými odbornosťami. Primárne sa týka zapojeného POI, ošetrujúci lekár VAS je obvykle rovnako zapájaný.  Na rokovaní dňa 10.8.2018 sa dohodlo, že sa ustanovenie vypustí aj v nadväznosti na pripomienky iných subjektov. |
| **ÚPLS SR** | **bod 11** v §9 ods.13: Znenie textu navrhujeme vynechať. Odôvodnenie: Návrh nepredkladá, akým spôsobom bude ZP na diaľku komunikovať. Nie je reálne poskytovať vstupné dáta do elektronických systémov pracovníkom ZP. | **Z** | **A** |  |
| **ÚPPVII** | **čl. I bodu 17** Navrhujeme novelizačný bod 17 označiť ako novelizačný bod 19. Body 18 a 19 označiť ako body 17 a 18. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. | **O** | **A** |  |
| **ÚPPVII** | **čl. I bodu 18** Navrhujeme novelizačný bod preformuvolať nasledovne : „V § 16 ods. 2 písm. b) sa spojka „a“ nahrádza čiarkou a konci sa pripájajú tieto slová: „a vyplatených paušálnych úhradách“. | **O** | **A** |  |
| **ÚPPVII** | **čl. I bodu 42** Navrhujeme slovo „slovami“ nahradiť slovom „slová“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. | **O** | **A** |  |
| **ÚPPVII** | **čl. I bodu 27** Navrhujme slová „pripájajú slová“ slovami „pripájajú tieto slová:“ Odôvodnenie: Zosúladenie s bodom 35.2 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády SR. Rovnaká pripomienka patrí k čl. I bodu 33, bodu 44, bodu 55 a čl. IV bodu 1. | **O** | **A** |  |
| **ÚPPVII** | **čl. I bodu 19** Novelizačný bod navrhujeme preformulovať nasledovne: „V § 16 ods. 2 písm. d) sa za slovo „starostlivosť“ vkladá čiarka a slová „výšku paušálnej úhrady“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. | **O** | **A** |  |
| **ÚPPVII** | **čl. I bodom 6 až 8** Odporúčame v novelizačných bodoch 6 až 8 vypustiť slovo „(novooznačenom)“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. | **O** | **A** |  |
| **ÚPPVII** | **čl. II bodu 2** Odporúčame za slovo „al“ vložiť zátvorku. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. | **O** | **A** |  |
| **ÚPPVII** | V doložke vplyvov žiadame o vyznačenie pozitívneho vplyvu na informatizáciu spoločnosti a vypracovanie analýzy vplyvov. Odôvodnenie: Nakoľko je z predloženého materiálu zrejmé, že bude zavedená nová, resp. rozšírená pôvodná služba, v tomto prípade sa za službu považuje zverejňovanie údajov alebo informácií na webovom sídle (napr. bod 9. § 6aa ods. 9, 12, 22), je potrebné túto skutočnosť vyznačiť aj v doložke vplyvov na informatizáciu spoločnosti. V bode 9. § 6aa ods. 2 predkladateľ navrhuje rozšírenie evidencií (registrov - informačného systému). V bode 15. rieši predkladateľ výmenu dát prostredníctvom systému elektronickej výmeny dát s rôznymi úradmi cez jednotný prístupový bod, kde jednotlivé systémy síce vybudované pravdepodobne sú, ale prepojenie medzi nimi doteraz legislatívne upravené nebolo. Vo všetkých spomenutých prípadoch sa jedná o pozitívny vplyv na informatizáciu spoločnosti. Po vyznačení vplyvu na informatizáciu spoločnosti je potrebné vypracovať aj analýzu vplyvov. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, vzhľadom na vypustenie ustanovení, ktoré potenciálne mohli mať vplyv na informatizáciu spoločnosti.  Prepojene medzi prístupovým bodom a ostatnými subjektami už bolo legislatívne upravené zákonom č. 461/2003 Z. z., išlo o precizovanie ustanovenia. |
| **ÚPVSR** | **Čl. I, bod 30** V § 20b ods. 1 písm. h) odporúčame upraviť znenie vnútorného odkazu – nie je potrebné uvádzať „§ 20b“; je postačujúce uviesť len príslušné odseky; resp. odporúčame skontrolovať správnosť vnútorného odkazu. | **O** | **A** |  |
| **ÚPVSR** | **Čl. I, bod 9** V § 6aa ods. 15 odporúčame nahradiť zrejme nesprávny odkaz na odsek 13; má byť odsek 14. V odseku 21 je zrejme uvedený nesprávny odkaz na odsek 19. | **O** | **A** |  |
| **ÚPVSR** | **Čl. I, bod 60** V § 77a odsek 2 odporúčame slová „Ustanovenie odseku 1“ nahradiť slovami „Odsek 1“. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Príloha č. 4 Vyhlášky MZ SR, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv** - K tabuľke 1 navrhujeme presne zadefinovať zariadenia ambulantnej starostlivosti podľa zákona 578/2004 § 7 Prevádzkovanie zdravotníckych zariadení ods.3 a Prílohy č.1a. navrhujeme aj doplnenie jednotlivých kódov odborností k danému zariadeniu ambulantnej starostlivosti. Odôvodnenie: Uvedené špecializačné odbory nie sú v súlade so súčasnou platnou legislatívou. - K tabuľke 2 navrhujeme zosúladiť názvy špecializácií s platnými číselníkmi. Navrhujeme aj doplnenie jednotlivých kódov odborností a doplniť neuvádzanú popáleninovú špecializáciu. Odôvodnenie: Potrebné zjednotenie. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Príloha č. 2 Vyhlášky MZ SR, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv** - Riadok 10 Navrhujeme pred slovo „diagnózy“ vložiť slovo „hlavnej“ a pod tabuľku doplniť vysvetlivku, či sa uvádzajú aj vedľajšie diagnózy, ak sú známe. Odôvodnenie: Spresnenie. - Riadok 18, 19 Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Pri zaradení pacienta do zoznamu nie sú známe podrobnosti týkajúce sa všetkých výkonov, ktoré budú pacientovi poskytnuté, ani údaj o ich počte. - Riadok 20, 22 Navrhujeme pred slovo „cena“ vložiť slovo „odhadovaná“. Odôvodnenie: Pri návrhu poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nepozná konečnú cenu. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Príloha č. 3 Vyhlášky MZ SR, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv** - Riadok 11 Navrhujeme pred slovo „diagnózy“ vložiť slovo „hlavnej“ a pod tabuľku doplniť vysvetlivku, či sa uvádzajú aj vedľajšie diagnózy, ak sú známe. Odôvodnenie: Spresnenie. - Riadok 12 Navrhujeme uviesť rovnaké znenie pre dátum zaradenia do zoznamu. Odôvodnenie: V prílohe č. 3 Vyhlášky sa uvádza, že „Dátum zaradenie do zoznamu – vypĺňa sa dátum doručenia návrhu zdravotnej poisťovni“. V návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. § 6aa ods. 3 sa uvádza, že „za dátum zaradenia sa považuje dátum vyhotovenia návrhu poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.“ - Riadok 19, 20 Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Pri zaradení pacienta do zoznamu nie sú známe podrobnosti týkajúce sa všetkých výkonov, ktoré budú pacientovi poskytnuté, ani údaj o ich počte. - Od položky 20 vo vysvetlivkách navrhujeme upraviť číslovanie podľa poradia v súvisiacej tabuľke. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 60 § 77a ods. 6** Navrhujeme - v prvej vete vypustiť slová „alebo oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poistného“ - v druhej vete vypustiť slová „ alebo oznámenia o výsledku ročného zúčtovania poistného“. Odôvodnenie: Pri preplatkoch ročného zúčtovania navrhujeme ponechať doterajšiu právnu úpravu kedy o nesúhlasnom stanovisku vždy rozhodne zdravotná poisťovňa a len v prípade že má byť preplatok v inej výške vydá zdravotná poisťovňa nové oznámenie o výsledku ročného zúčtovania. V prípade ak by sa aj pri oznámení uplatnil princíp následného rozhodovania UDZS o tomto podanom nesúhlasnom stanovisku (v prípade ak by nesúhlasnému stanovisku nevyhovela zdravotná poisťovňa) výrazne by sa zmenil celý proces, a táto zmena by si vyžiadala aj rozsiahle technické úpravy IS tak na strane zdravotných poisťovní ako aj na strane UDZS. Zároveň by mohlo dochádzať v prípade rozhodovania UDZS o nesúhlasnom stanovisku v prípade oznámení aj k výraznému predĺženiu lehoty na vrátenie preplatku z ročného zúčtovania (čo by mohlo vyvolať negatívne reakcie zo strany poistencov). V prípade ponechania doterajšej úpravy má poistenec zachované právo na prípadné preskúmanie postupu zdravotnej poisťovne zo strany UDZS alebo prostredníctvom súdu – túto skutočnosť zohľadňuje práve navrhovaný Čl. IV bod 24 predloženého návrhu Uvedený bod novely nekorešponduje s ostatnými úpravami navrhovanými v §19 zákona č. 580/2004 Z. z.. Podľa § 19 ods. 13 zákona č. 580/2004 Z. z. vždy o nesúhlasnom stanovisku rozhoduje zdravotná poisťovňa, ktorá mu buď vyhovie a vydá nové oznámenie alebo nesúhlasné stanovisko zamietne, pričom § 19 vôbec neupravuje možnosť postúpiť nesúhlasné stanovisko na UDZS. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely §17a ods. 4** Navrhujeme - v prvej vete za slovo „doručenia“ vložiť slová „poistencovi alebo“ - v druhej vete za slovo „je“ vložiť slová „poistenec alebo“. Odôvodnenie: Legislatívno- technická pripomienka nadväzujúca na úpravy v § 17a ods. 1, ods. 6 a ods. 7. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 11 § 9 ods. 12 písmeno a)** Navrhujeme číslo „15“ nahradiť číslom „30“. Odôvodnenie: Počet hospitalizačných prípadov navrhujeme zvýšiť z dôvodu zabezpečenia vyššej miery objektívnosti výpočtu úhrady. | **O** | **N** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú. |
| **VšZP** | **Čl. I, bod 9, § 6aa, ods. 15** Navrhujeme číslo „13“ nahradiť číslom „14“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Odsek 13 je venovaný dočasnému odloženiu plánovanej zdravotnej starostlivosti ( aj v súvislosti s pripomienku k ods.13), odsek 14 sa venuje vyradeniu poistenca zo zoznamu. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I nad rámec novely § 30 ods. 2** Navrhujeme číslo „0,45%“ nahradiť číslom „0,40%“. Odôvodnenie: V nadväznosti na navrhované zmeny v zákona č. 580/2004 Z. z. a 581/2004 Z. z. v časti týkajúcej sa predpisovania pohľadávok výkazom nedoplatkov a vypustenia povinnosti podávať návrh na vydanie platobného výmeru na UDZS s tým, že UDZS bude voči námietkam podaným platiteľmi voči výkazom nedoplatkov rozhodovať ako druhostupňový orgán máme za to, že UDZS významne poklesne rozsah činností, ktoré vykonával pre zdravotné poisťovne, s čím by malo priamo súvisieť aj adekvátne zníženie príspevku na činnosť úradu. V súčasnej dobe je výška príspevku na činnosť UDZS vo výške 0,45% zo základu na jej určenie. Základom na určenie výšky príspevku je celková suma z ročného prerozdeľovania poistného uvedená v rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní poistného. Zároveň, je potrebné uviesť, že od zavedenia inštitútu výkazu nedoplatkov vo veľkej miere poklesol počet podaných návrhov na vydanie platobného výmeru na UDZS, a preto máme za to, že je potrebné znížiť príspevok na činnosť UDZS na 0,40 % za základu na jeho určenie . Podľa správy o činnosti UDZS za rok 2017 – za rok 2017 podali zdravotné poisťovne celkovo 650 návrhov. | **O** | **N** | Úrad nesúhlasí so znížením sadzby pre výpočet príspevku na činnosť úradu od zdravotných poisťovní. Napriek zníženiu objemu činností v oblasti rozhodovania o  vymáhaní pohľadávok v prvom stupni, nové požiadavky na výdavky úradu vyplývajúce z novely zákona 581/2004 Z. z. účinného od 1. januára 2018 vo vzťahu k výkonu prehliadok mŕtvych tiel vysoko prevyšujú možnosti ročných rozpočtovaných zdrojov úradu. Zníženie príspevku pri súčasne stanovených zákonných podmienkach by predstavovalo ohrozenie funkčnosti úradu pri zabezpečovaní zákonom stanovených činností.  V nadväznosti na opodstatnenosť príspevku podotýkame, že úrad okrem administratívnych činností v oblasti zdravotníctva ako sú správne konania, činnosť styčného orgánu v súlade s európskymi nariadeniami, zabezpečenie plnej funkcionality Centra pre klasifikačný systém, zabezpečuje prostredníctvom lekárov výkon pitiev, toxikologických a iných laboratórnych vyšetrení, či uhrádza prepravu mŕtvych tiel na pitvu. Úrad zabezpečuje kompletnú činnosť súdnolekárskych a patologicko-anatomických pracovísk vrátane personálneho ako aj materiálno-technologického  vybavenia, pričom všetky vyššie uvedené činnosti vplývajú na medziročné zvyšovanie nárokov na zdrojové krytie. |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 21** Navrhujeme do poznámky pod čiarou k odkazu 51e) doplniť: § 57 ods. 1 písm. h) a g) zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 233/1995 Z. z. v znení účinnom do 31.03.2017.“ Odôvodnenie: Spresnenie znenia v nadväznosti na exekučné konania začaté pred 01.04.2017, ktoré sa dokončia podľa predpisov účinných do 31.03.2017 Exekučného poriadku. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 21 § 17c ods. 3** Navrhujeme doplniť „písm. f) dlžník zomrel bez zanechania majetku.“ Odôvodnenie: Doplnenie ďalšieho dôvodu. | **Z** | **N** | navrhované znenie písm. e) pokrýva aj tento dôvod |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely** Navrhujeme doplniť nový § 9g, ktorý znie: “§9g Úhrada nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi verejne zdravotne poistenému v Slovenskej republike podľa § 3 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení Poistenec verejne zdravotne poistený podľa § 3 ods. 4 zákona má právo na úhradu nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej v Slovenskej republike v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV nariadenia EP a Rady č.883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je pre poistenca obmedzujúce, administratívne komplikované a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **§ 2 Vyhlášky MZ SR, ktorou sa ustanovujú skupiny viacročných nákladových skupín a podmienky pre zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny** Navrhujeme doplniť účinnosť. Odôvodnenie: Legislatívno- technická pripomienka | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 60 §77a ods. 9** Navrhujeme druhá vetu nahradiť vetou „Na doručovanie sa primerane použijú všeobecné predpisy o správnom konaní.“. Odôvodnenie: Navrhujeme aby UDZS ako správny orgán v rámci konania o podaných námietkach použil na doručovanie ustanovenia správneho poriadku týkajúce sa doručovania. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely § 11 ods. 7 písmeno k)** Navrhujeme na konci doplniť slová „ak za inú osobu nie je platiteľom štát podľa písm. k) z dôvodu opatrovania tej istej fyzickej osoby” Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť, že štát platí poistné iba za jednu osobu, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím odkázanú podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení. Obdobná úprava je navrhovaná v tejto novele v Čl. IV bod 8 (§ § 11 ods. 7 písmeno j). | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely § 23 ods. 1 písm. d)** Navrhujeme na konci textu doplniť písmeno „u)“. Odôvodnenie: V súvislosti s novelou Cl. IV bod 9. navrhujeme doplniť do oznamovacích povinnosti poistenca, že poistenec bude povinný oznámiť zdravotnej poisťovni vznik skutočnosti uvedenej v § 11 ods. 7 písm. u). | **O** | **N** | k zmene v texte § 11 ods. 7 písm. u) nedochádza. |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 36 § 27 ods. 2 sa písm. f) piaty bod** Navrhujeme navrhovanú úpravu bod 5. vypustiť a ustanovenie ponechať v pôvodnom znení. Odôvodnenie: Uvedenú povinnosť považujeme pre zdravotnú poisťovňu ako zbytočnú administratívnu záťaž, ktorú je možné realizovať efektívnejšie na strane úradu. | **Z** | **N** | zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny musí evidovať zdravotná poisťovňa |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 32 § 24 písm. q)** Navrhujeme slová „§19 ods.16“ nahradiť slovami „§19 ods. 18“. Odôvodnenie: Legislatívno- technická pripomienka. §19 ods. 16 upravuje povinnosť zdravotnej poisťovne vrátiť preplatok. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 4. § 8 ods. 1 písm. b)** Navrhujeme slová „ak ich poistenec má a súhlasí s ich poskytnutím,“ nahradiť slovami “ak ich poistenec poskytne zdravotnej poisťovni,“ Odôvodnenie: V niektorých prípadoch poistenec nemusí disponovať takýmito kontaktnými údajmi, alebo nemá záujem ich zdravotnej poisťovni poskytnúť, pričom tomu nebráni prijatie prihlášky zo strany zdravotnej poisťovne. Ak budú stanovené explicitne údaje, ktoré musí prihláška obsahovať podľa v § 8 ods. 1 písm. b), je bezpredmetné žiadať súhlas na poskytnutie údajov. Okrem toho pri tejto formulácii môže dôjsť k dezinterpretácii tým, že kontaktné údaje (telefón a e-mail) môže zdravotná poisťovňa poskytnúť tretej osobe, s čím poistenec súhlasí. V zmysle Nariadenia nie je možné súhlas vyžadovať spôsobom uvedeným v návrhu zákona, ale súhlas musí byť udelený samostatne a musí obsahovať presne stanovené náležitosti. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I nad rámec novely § 85g ods. 3** Navrhujeme slová „platobným výmerom“ nahradiť slovami „rozhodnutím úradu“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 16 § 17a ods. 7** Navrhujeme slová „vydá rozhodnutie o zrušení výkazu nedoplatkov“ nahradiť slovami „zruší výkaz nedoplatkov“. Odôvodnenie: Zrušením výkazu nedoplatkov predmetný výkaz nedoplatkov stratí platnosť a teda by bolo nadbytočné aby o tejto skutočnosti vydala zdravotná poisťovňa rozhodnutie, ktoré by samozrejme muselo mať všetky náležitosti (výrok, odôvodnenie, poučenie). Nakoľko nejde o správne konanie je možné ponechať právnu úpravu obdobne ako platí aj v súčasnej dobe. Podľa § 17a ods. 8 sa platiteľ poistného o zrušení výkazu nedoplatkov písomne upovedomí. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 60 § 77a ods. 5** Navrhujeme slovo “piatich” zmeniť na slovo “siedmich” Odôvodnenie: Navrhujeme predlžiť lehotu na predloženie dokladov z piatich na sedem pracovných dní nasledovne, aby mal účastník konania dostatočný časový priestor na získanie potrebných dokladov (napr. z archívu) a vybavenie dožiadania úradu. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely § 17a ods. 3** Navrhujeme slovo „Platiteľ“ nahradiť slovami „Poistenec alebo platiteľ“. Odôvodnenie: Legislatívno- technická pripomienka nadväzujúca na úpravy v § 17a ods. 1, ods. 6 a ods. 7. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 46 § 27c ods. 6 písmeno c)** Navrhujeme spresniť slová „motivácia“. Odôvodnenie: Uvedený ukazovateľ nie je presne definovaný, preto ho nie je možné vyhodnocovať. | **O** | **A** | ustanovenie vypustené |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 46 § 27c ods. 6 písmeno a)** Navrhujeme spresniť slová „platnosť“. Odôvodnenie: Uvedený ukazovateľ nie je presne definovaný, preto ho nie je možné vyhodnocovať. | **O** | **A** | ustanovenie vypustené |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 46 § 27c ods. 6 písmeno b)** Navrhujeme spresniť slová „stabilita“. Odôvodnenie: Uvedený ukazovateľ nie je presne definovaný, preto ho nie je možné vyhodnocovať. | **O** | **A** | ustanovenie vypustené |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 51 § 28 ods. 4 písmeno e)** Navrhujeme spresniť údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti a o zdravotnom stave poistenca a údaje o platiteľovi poistného a vymeriavacích základov. Odôvodnenie: Pri týchto údajoch navrhujeme jednoznačne určiť akým spôsobom sa tieto údaje budú vykazovať. Napr. či pri vymeriavacích základoch sa bude vychádzať z údajov z ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie a rovnako či pri učení platiteľa poistného má byť zohľadnená aj existencia napr. súbehu platiteľov atď. | **O** | **A** | ustanovenie vypustené |
| **VšZP** | **Čl. I bod 21 § 16 ods. 7** Navrhujeme text odseku 7 nahradiť textom, ktorý znie: “(7) Zdravotná poisťovňa spracúva osobné údaje35ca) dotknutých osôb v rozsahu svojej činnosti. Na spracovanie osobných údajov sa pre tento účel nevyžaduje súhlas dotknutej osoby.35ca) Zdravotná poisťovňa je oprávnená poskytovať tieto údaje z informačného systému aj bez súhlasu a informovania dotknutej osoby, ak to určuje tento zákon (§ 76) alebo osobitný predpis.35cc) Dokumentácia sa spracúva 15 rokov odo dňa ukončenia vykonávania verejného zdravotného poistenia alebo poskytnutia zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, alebo úmrtia fyzickej osoby, alebo odo dňa vyhlásenia fyzickej osoby za mŕtvu, a to podľa toho, ktorá skutočnosť uplynie skôr; lehota sa môže predĺžiť v prípade, ak zdravotná poisťovňa v lehote spracúvania uplatnila svoje práva v zmysle osobitného právneho predpisu35cd)”. Poznámka pod čiarou k odkazu 35cd znie: 35cd) Zákon č. 160/2015 Z. z. Civilný sporový poriadok; zákon č. 161/2015 Z. z. civilný mimosporový poriadok; zákon č. 162/2015 Z. z. Správny súdny poriadok, zákon 71/1967 Sb. správny poriadok Odôvodnenie: Upresnenie spracúvania osobných údajov. | **O** | **ČA** | prepracované podľa pripomienky UOOU |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely §24 písm. c), k), l), m), n), o)** Navrhujeme upraviť tak, aby všetky oznamovacie povinnosti zamestnávateľa boli plnené len elektronickou formou. Odôvodnenie: Navrhujeme upraviť znenie predmetných ustanovení tak, aby všetci zamestnávatelia (bez ohľadu na počet zamestnancov) boli povinní voči zdravotným poisťovniam plniť oznamovacie povinnosti výlučne elektronickou formou, čo činnosť zefektívni. Uvedená úprava by nemala spôsobovať zamestnávateľom problémy, nakoľko zamestnávatelia sú povinní aj Sociálnej poisťovni vykazovať poistné len elektronicky, rovnako napr. aj s Finančnou správou SR musia podnikatelia komunikovať už len elektronicky. | **O** | **N** | nad rámec novely  Uvedená povinnosť musí byť predmetom riadneho MPK a musí byť prerokovaná so zástupcami zamestnávateľov. |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely § 23 ods. 3** Navrhujeme v ods. 3 doplniť nové písm. f) Odôvodnenie: V súvislosti s novelou Cl. IV bod 9. navrhujeme doplniť do oznamovacích povinnosti poistenca, že poistenec bude povinný oznámiť zdravotnej poisťovni vznik skutočnosti uvedenej v § 11 ods. 7 písm. u) a do ods. 3 písm. f) doplniť aké údaje a doklady bude potrebné uviesť a predložiť na preukázanie uvedenej skutočnosti. | **O** | **N** | k zmene v texte § 11 ods. 7 písm. u) nedochádza. |
| **VšZP** | **Čl. I bod 9, § 6aa, ods. 13** Navrhujeme v poslednej vete slová „pacient zo zoznamu vyradí“ nahradiť slovami „poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti dočasne odloží“. Odôvodnenie: Pacient by nemal byť vyradený zo zoznamu, ale jeho zaradenie v zozname iba dočasne odložené. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I. bod 9 § 6aa ods. 21** Navrhujeme v prvej vete odstrániť prečiarknutý text „a d)“. Navrhujeme v druhej vete nahradiť slová „19 písm. c)“ slovami „20 písm. c“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická úprava. Správne má byť uvedené podľa odseku 20 písm. c). | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 9 § 6aa ods. 6** Navrhujeme v šiestej vete slovo „piatich“ nahradiť číslom „15“. Odôvodnenie: Z dôvodu zabezpečenia technickej realizácie považujeme za potrebné lehotu predĺžiť na 15 pracovných dní. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 4 § 6 ods. 1 písm. ab)** Navrhujeme vypustiť a ponechať v pôvodnom znení. Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa neeviduje zdravotnú dokumentáciu, a preto nie je zrejmé na základe akých kritérií a požiadaviek by mala takéto činnosti vykonávať. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 58 § 64 ods. 8** Navrhujeme vypustiť a ustanovenie ponechať v pôvodnom znení. Odôvodnenie: Predĺženie subjektívnej premlčacej doby z dvoch rokov na tri roky a objektívnej premlčacej doby z troch rokov na päť rokov je neopodstatnené a ničím nedôvodné. Navrhovaná objektívna premlčacia doba je zároveň dlhšia, ako je ustanovená všeobecná premlčacia lehota v zmysle Občianskeho aj Obchodného zákonníka. | **O** | **A** | Uplynutie prekluzívnej lehoty môže znemožniť úradu sankcionovať konanie, ktorým subjekt dlhodobo alebo opakovane porušoval právne predpisy. Dôvodom je riešenie stále zložitejších prípadov, s viacerými dohliadanými subjektmi v rámci dohľadov, čo predlžuje lehotu výkonu dohľadu a znižuje možnosť na uloženie sankcie zo strany úradu. |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 45 § 27aa** Navrhujeme vypustiť navrhovanú úpravu. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s vypustením koncepcie „Nadlimitná suma“. Spravodlivý prerozdeľovací mechanizmus, a teda kompenzovanie nákladov aj na nákladných poistencov je základom rovnoprávneho postavenia zdravotných poisťovní. Napriek kompenzácii nákladov prerozdeľovaním prostredníctvom indexov rizika jednotlivých poistencov v súlade s ustanoveniami zákona, je v súčasnosti v zdravotných poisťovniach podľa kvalifikovaného výpočtu viac ako 15 200 poistencov, ktorých náklady na zdravotnú starostlivosť výrazne prekračujú kompenzáciu prostredníctvom ich indexu rizika . Priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť jedného takého poistenca sú približne 35 000 eur ročne, a je to v priemere o takmer 30 000 eur ročne viac, ako suma príjmov na takéhoto poistenca z prerozdelenia cez indexy rizika. Celkové, indexami rizika nekompenzované náklady na tejto skupine poistencov predstavujú ročne takmer 450 mil. eur ročne, pričom podiel VšZP na týchto nekompenzovaných nákladoch je 74,2 %, čo je podstatne viac v porovnaní s 61,9% podielom VšZP na celkovom počte poistencov a 64,5 % podielom VšZP na prerozdeľovanom poistnom. VšZP zrušením dodatočného prerozdelenia na nadlimitných poistencov príde o sumu cca 16 mil. eur ročne. Ak v budúcnosti dôjde k zlepšeniu hodnotenia rizika poistného kmeňa zavedením nového parametra viacročných nákladov, stále bude mať VšZP podľa analýzy expertnej skupiny nárok na nadlimitnú kompenzáciu vo výške cca 14 mil. eur, o ktoré bude zrušením tohto prerozdeľovania ukrátená. Nie je zrejmé, aký cieľ sleduje zákonodarca návrhom vypustenia kompenzácie týchto vysokých nákladov voči VŠZP, pričom iné riešenie nie je navrhnuté. Pokiaľ by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho zo zákona vypúšťať. | **Z** | **N** | Základným predpokladom prerozdeľovania poistného je snaha o predikciu budúcich nákladov, na základe ktorých je vybrané poistné prerozdeľované medzi zdravotné poisťovne. Čím vyššia je predikčná sila modelu, tým presnejšie definujeme budúce náklady jednotlivých poistencov.  Z tohto dôvodu bol do prerozdeľovacieho mechanizmu doplnený dodatočný parameter a to výška nákladov na poistenca za predchádzajúce obdobie (2-3 roky). V zahraničí sa tento parameter ukázal ako veľmi spoľahlivý. Na základe predbežných analýz je dopad na predikčnú silu modelu na úrovni 8 percentuálnych bodov, čo pri súčasnej hodnote približne 17% predstavuje významný posun k spravodlivejšiemu a presnejšiemu prerozdeleniu.  Pre účely zvýšenia predikčnej sily prerozďelovacieho modelu dochádza pri vekovej skupine 0 – 5 rokov k osobitnému vyčleneniu skupiny 0 – 1 rokov a k osobitnému sledovaniu nákladov tejto skupiny, nakoľko z pohľadu nákladovosti tejto skupiny sa skupina javí ako významná.  Zároveň sa tiež z dôvodu zvýšenia predikčnej sily modelu prerozdelenia zavádzajú viacročné nákladové skupiny, pre ktoré sa budú určovať osobitné indexy rizika nákladov a do ktorých budú poistenci zaraďovaní v závislosti od histórie ich nákladov na zdravotnú starostlivosť za predchádzajúce 3 roky. Zdravotné poisťovne a Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou budú môcť navrhovať zmeny v štruktúre týchto skupín; zmeny budú akceptované, ak zvýšia predpovedaciu silu prerozdelenia minimálne o 1%.  Práve implementácia výšky historických nákladov do mechanizmu predstavuje hlavný dôvod na vypnutie nadlimitného prerozdelenia, ktorý sa z tohto dôvodu návrhom zákona vypúšťa, keďže vo svojej podstate majú oba faktory eliminovať rovnaké riziko. Jediným rozdielom je, že v prípade ex-ante prerozdelenia nedochádza k takému pokriveniu efektivity nákupu zdravotnej starostlivosti, aké hrozí v prípade ex-post prerozdelenia.  V prípade dodatočného prerozdelenia nadlimitnej sumy však nešlo o zvýšenie predikčnej sily prerozdeľovacieho mechanizmu, ale o tzv. ex-post prerozdelenie, na základe ktorého bolo eliminované riziko zdravotných poisťovní, vyplývajúce z príliš vysokých nákladov na individuálnych poistencov, ktoré nebolo kryté súčasným modelom (kombinácia demografických faktorov populácie a chronicita ochorení jednotlivých poistencov). Nedostatkom ex-post prerozdelenia je, že môže viesť k plytvaniu disponibilných zdrojov, keďže sú zdravotné poisťovne motivované hradiť akúkoľvek aditívnu starostlivosť pre svojich „nadlimitných“ poistencov, na úkor starostlivosti pre poistencov, ktorí do tejto skupiny nespadajú.  Dopad navrhovaného nového parametra „viacročných nákladových skupín“ a vypustenie parametra „nadlimitnej sumy“ prináša cca viac o 8 mil. eur pre chronicky chorých a nákladných poistencov. |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 37 § 27 ods. 3** Navrhujeme vypustiť navrhovanú úpravu. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s vypustením koncepcie „Nadlimitná suma“. Spravodlivý prerozdeľovací mechanizmus, a teda kompenzovanie nákladov aj na nákladných poistencov je základom rovnoprávneho postavenia zdravotných poisťovní. Napriek kompenzácii nákladov prerozdeľovaním prostredníctvom indexov rizika jednotlivých poistencov v súlade s ustanoveniami zákona, je v súčasnosti v zdravotných poisťovniach podľa kvalifikovaného výpočtu viac ako 15 200 poistencov, ktorých náklady na zdravotnú starostlivosť výrazne prekračujú kompenzáciu prostredníctvom ich indexu rizika . Priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť jedného takého poistenca sú približne 35 000 eur ročne, a je to v priemere o takmer 30 000 eur ročne viac, ako suma príjmov na takéhoto poistenca z prerozdelenia cez indexy rizika. Celkové, indexami rizika nekompenzované náklady na tejto skupine poistencov predstavujú ročne takmer 450 mil. eur ročne, pričom podiel VšZP na týchto nekompenzovaných nákladoch je 74,2 %, čo je podstatne viac v porovnaní s 61,9% podielom VšZP na celkovom počte poistencov a 64,5 % podielom VšZP na prerozdeľovanom poistnom. VšZP zrušením dodatočného prerozdelenia na nadlimitných poistencov príde o sumu cca 16 mil. eur ročne. Ak v budúcnosti dôjde k zlepšeniu hodnotenia rizika poistného kmeňa zavedením nového parametra viacročných nákladov, stále bude mať VšZP podľa analýzy expertnej skupiny nárok na nadlimitnú kompenzáciu vo výške cca 14 mil. eur, o ktoré bude zrušením tohto prerozdeľovania ukrátená. Nie je zrejmé, aký cieľ sleduje zákonodarca návrhom vypustenia kompenzácie týchto vysokých nákladov voči VŠZP, pričom iné riešenie nie je navrhnuté. Pokiaľ by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho zo zákona vypúšťať. | **Z** | **N** | v rámci indexu rizika nákladov pri viacročných nákladových skupinách je zohľadnená výška nákladov za zdravotnú starostlivosť za poistenca |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 38 § 27 ods. 6** Navrhujeme vypustiť navrhovanú úpravu. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s vypustením koncepcie „Nadlimitná suma“. Spravodlivý prerozdeľovací mechanizmus, a teda kompenzovanie nákladov aj na nákladných poistencov je základom rovnoprávneho postavenia zdravotných poisťovní. Napriek kompenzácii nákladov prerozdeľovaním prostredníctvom indexov rizika jednotlivých poistencov v súlade s ustanoveniami zákona, je v súčasnosti v zdravotných poisťovniach podľa kvalifikovaného výpočtu viac ako 15 200 poistencov, ktorých náklady na zdravotnú starostlivosť výrazne prekračujú kompenzáciu prostredníctvom ich indexu rizika . Priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť jedného takého poistenca sú približne 35 000 eur ročne, a je to v priemere o takmer 30 000 eur ročne viac, ako suma príjmov na takéhoto poistenca z prerozdelenia cez indexy rizika. Celkové, indexami rizika nekompenzované náklady na tejto skupine poistencov predstavujú ročne takmer 450 mil. eur ročne, pričom podiel VšZP na týchto nekompenzovaných nákladoch je 74,2 %, čo je podstatne viac v porovnaní s 61,9% podielom VšZP na celkovom počte poistencov a 64,5 % podielom VšZP na prerozdeľovanom poistnom. VšZP zrušením dodatočného prerozdelenia na nadlimitných poistencov príde o sumu cca 16 mil. eur ročne. Ak v budúcnosti dôjde k zlepšeniu hodnotenia rizika poistného kmeňa zavedením nového parametra viacročných nákladov, stále bude mať VšZP podľa analýzy expertnej skupiny nárok na nadlimitnú kompenzáciu vo výške cca 14 mil. eur, o ktoré bude zrušením tohto prerozdeľovania ukrátená. Nie je zrejmé, aký cieľ sleduje zákonodarca návrhom vypustenia kompenzácie týchto vysokých nákladov voči VŠZP, pričom iné riešenie nie je navrhnuté. Pokiaľ by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho zo zákona vypúšťať. | **Z** | **N** | v rámci indexu rizika nákladov pri viacročných nákladových skupinách je zohľadnená výška nákladov za zdravotnú starostlivosť za poistenca |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 39 § 27 ods. 8 písmeno a)** Navrhujeme vypustiť navrhovanú úpravu. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s vypustením koncepcie „Nadlimitná suma“. Spravodlivý prerozdeľovací mechanizmus, a teda kompenzovanie nákladov aj na nákladných poistencov je základom rovnoprávneho postavenia zdravotných poisťovní. Napriek kompenzácii nákladov prerozdeľovaním prostredníctvom indexov rizika jednotlivých poistencov v súlade s ustanoveniami zákona, je v súčasnosti v zdravotných poisťovniach podľa kvalifikovaného výpočtu viac ako 15 200 poistencov, ktorých náklady na zdravotnú starostlivosť výrazne prekračujú kompenzáciu prostredníctvom ich indexu rizika . Priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť jedného takého poistenca sú približne 35 000 eur ročne, a je to v priemere o takmer 30 000 eur ročne viac, ako suma príjmov na takéhoto poistenca z prerozdelenia cez indexy rizika. Celkové, indexami rizika nekompenzované náklady na tejto skupine poistencov predstavujú ročne takmer 450 mil. eur ročne, pričom podiel VšZP na týchto nekompenzovaných nákladoch je 74,2 %, čo je podstatne viac v porovnaní s 61,9% podielom VšZP na celkovom počte poistencov a 64,5 % podielom VšZP na prerozdeľovanom poistnom. VšZP zrušením dodatočného prerozdelenia na nadlimitných poistencov príde o sumu cca 16 mil. eur ročne. Ak v budúcnosti dôjde k zlepšeniu hodnotenia rizika poistného kmeňa zavedením nového parametra viacročných nákladov, stále bude mať VšZP podľa analýzy expertnej skupiny nárok na nadlimitnú kompenzáciu vo výške cca 14 mil. eur, o ktoré bude zrušením tohto prerozdeľovania ukrátená. Nie je zrejmé, aký cieľ sleduje zákonodarca návrhom vypustenia kompenzácie týchto vysokých nákladov voči VŠZP, pričom iné riešenie nie je navrhnuté. Pokiaľ by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho zo zákona vypúšťať. | **Z** | **N** | v rámci indexu rizika nákladov pri viacročných nákladových skupinách je zohľadnená výška nákladov za zdravotnú starostlivosť za poistenca |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 41 § 27a ods. 3** Navrhujeme vypustiť navrhovanú úpravu. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s vypustením koncepcie „Nadlimitná suma“. Spravodlivý prerozdeľovací mechanizmus, a teda kompenzovanie nákladov aj na nákladných poistencov je základom rovnoprávneho postavenia zdravotných poisťovní. Napriek kompenzácii nákladov prerozdeľovaním prostredníctvom indexov rizika jednotlivých poistencov v súlade s ustanoveniami zákona, je v súčasnosti v zdravotných poisťovniach podľa kvalifikovaného výpočtu viac ako 15 200 poistencov, ktorých náklady na zdravotnú starostlivosť výrazne prekračujú kompenzáciu prostredníctvom ich indexu rizika . Priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť jedného takého poistenca sú približne 35 000 eur ročne, a je to v priemere o takmer 30 000 eur ročne viac, ako suma príjmov na takéhoto poistenca z prerozdelenia cez indexy rizika. Celkové, indexami rizika nekompenzované náklady na tejto skupine poistencov predstavujú ročne takmer 450 mil. eur ročne, pričom podiel VšZP na týchto nekompenzovaných nákladoch je 74,2 %, čo je podstatne viac v porovnaní s 61,9% podielom VšZP na celkovom počte poistencov a 64,5 % podielom VšZP na prerozdeľovanom poistnom. VšZP zrušením dodatočného prerozdelenia na nadlimitných poistencov príde o sumu cca 16 mil. eur ročne. Ak v budúcnosti dôjde k zlepšeniu hodnotenia rizika poistného kmeňa zavedením nového parametra viacročných nákladov, stále bude mať VšZP podľa analýzy expertnej skupiny nárok na nadlimitnú kompenzáciu vo výške cca 14 mil. eur, o ktoré bude zrušením tohto prerozdeľovania ukrátená. Nie je zrejmé, aký cieľ sleduje zákonodarca návrhom vypustenia kompenzácie týchto vysokých nákladov voči VŠZP, pričom iné riešenie nie je navrhnuté. Pokiaľ by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho zo zákona vypúšťať. | **Z** | **N** | v rámci indexu rizika nákladov pri viacročných nákladových skupinách je zohľadnená výška nákladov za zdravotnú starostlivosť za poistenca |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 42 § 27a ods. 9 písmeno a)** Navrhujeme vypustiť navrhovanú úpravu. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s vypustením koncepcie „Nadlimitná suma“. Spravodlivý prerozdeľovací mechanizmus, a teda kompenzovanie nákladov aj na nákladných poistencov je základom rovnoprávneho postavenia zdravotných poisťovní. Napriek kompenzácii nákladov prerozdeľovaním prostredníctvom indexov rizika jednotlivých poistencov v súlade s ustanoveniami zákona, je v súčasnosti v zdravotných poisťovniach podľa kvalifikovaného výpočtu viac ako 15 200 poistencov, ktorých náklady na zdravotnú starostlivosť výrazne prekračujú kompenzáciu prostredníctvom ich indexu rizika . Priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť jedného takého poistenca sú približne 35 000 eur ročne, a je to v priemere o takmer 30 000 eur ročne viac, ako suma príjmov na takéhoto poistenca z prerozdelenia cez indexy rizika. Celkové, indexami rizika nekompenzované náklady na tejto skupine poistencov predstavujú ročne takmer 450 mil. eur ročne, pričom podiel VšZP na týchto nekompenzovaných nákladoch je 74,2 %, čo je podstatne viac v porovnaní s 61,9% podielom VšZP na celkovom počte poistencov a 64,5 % podielom VšZP na prerozdeľovanom poistnom. VšZP zrušením dodatočného prerozdelenia na nadlimitných poistencov príde o sumu cca 16 mil. eur ročne. Ak v budúcnosti dôjde k zlepšeniu hodnotenia rizika poistného kmeňa zavedením nového parametra viacročných nákladov, stále bude mať VšZP podľa analýzy expertnej skupiny nárok na nadlimitnú kompenzáciu vo výške cca 14 mil. eur, o ktoré bude zrušením tohto prerozdeľovania ukrátená. Nie je zrejmé, aký cieľ sleduje zákonodarca návrhom vypustenia kompenzácie týchto vysokých nákladov voči VŠZP, pričom iné riešenie nie je navrhnuté. Pokiaľ by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho zo zákona vypúšťať. | **Z** | **N** | v rámci indexu rizika nákladov pri viacročných nákladových skupinách je zohľadnená výška nákladov za zdravotnú starostlivosť za poistenca |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 43 § 27a ods. 9 písmeno b)** Navrhujeme vypustiť navrhovanú úpravu. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s vypustením koncepcie „Nadlimitná suma“. Spravodlivý prerozdeľovací mechanizmus, a teda kompenzovanie nákladov aj na nákladných poistencov je základom rovnoprávneho postavenia zdravotných poisťovní. Napriek kompenzácii nákladov prerozdeľovaním prostredníctvom indexov rizika jednotlivých poistencov v súlade s ustanoveniami zákona, je v súčasnosti v zdravotných poisťovniach podľa kvalifikovaného výpočtu viac ako 15 200 poistencov, ktorých náklady na zdravotnú starostlivosť výrazne prekračujú kompenzáciu prostredníctvom ich indexu rizika . Priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť jedného takého poistenca sú približne 35 000 eur ročne, a je to v priemere o takmer 30 000 eur ročne viac, ako suma príjmov na takéhoto poistenca z prerozdelenia cez indexy rizika. Celkové, indexami rizika nekompenzované náklady na tejto skupine poistencov predstavujú ročne takmer 450 mil. eur ročne, pričom podiel VšZP na týchto nekompenzovaných nákladoch je 74,2 %, čo je podstatne viac v porovnaní s 61,9% podielom VšZP na celkovom počte poistencov a 64,5 % podielom VšZP na prerozdeľovanom poistnom. VšZP zrušením dodatočného prerozdelenia na nadlimitných poistencov príde o sumu cca 16 mil. eur ročne. Ak v budúcnosti dôjde k zlepšeniu hodnotenia rizika poistného kmeňa zavedením nového parametra viacročných nákladov, stále bude mať VšZP podľa analýzy expertnej skupiny nárok na nadlimitnú kompenzáciu vo výške cca 14 mil. eur, o ktoré bude zrušením tohto prerozdeľovania ukrátená. Nie je zrejmé, aký cieľ sleduje zákonodarca návrhom vypustenia kompenzácie týchto vysokých nákladov voči VŠZP, pričom iné riešenie nie je navrhnuté. Pokiaľ by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho zo zákona vypúšťať. | **Z** | **N** | v rámci indexu rizika nákladov pri viacročných nákladových skupinách je zohľadnená výška nákladov za zdravotnú starostlivosť za poistenca |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 44 § 27a ods. 10** Navrhujeme vypustiť navrhovanú úpravu. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s vypustením koncepcie „Nadlimitná suma“. Spravodlivý prerozdeľovací mechanizmus, a teda kompenzovanie nákladov aj na nákladných poistencov je základom rovnoprávneho postavenia zdravotných poisťovní. Napriek kompenzácii nákladov prerozdeľovaním prostredníctvom indexov rizika jednotlivých poistencov v súlade s ustanoveniami zákona, je v súčasnosti v zdravotných poisťovniach podľa kvalifikovaného výpočtu viac ako 15 200 poistencov, ktorých náklady na zdravotnú starostlivosť výrazne prekračujú kompenzáciu prostredníctvom ich indexu rizika . Priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť jedného takého poistenca sú približne 35 000 eur ročne, a je to v priemere o takmer 30 000 eur ročne viac, ako suma príjmov na takéhoto poistenca z prerozdelenia cez indexy rizika. Celkové, indexami rizika nekompenzované náklady na tejto skupine poistencov predstavujú ročne takmer 450 mil. eur ročne, pričom podiel VšZP na týchto nekompenzovaných nákladoch je 74,2 %, čo je podstatne viac v porovnaní s 61,9% podielom VšZP na celkovom počte poistencov a 64,5 % podielom VšZP na prerozdeľovanom poistnom. VšZP zrušením dodatočného prerozdelenia na nadlimitných poistencov príde o sumu cca 16 mil. eur ročne. Ak v budúcnosti dôjde k zlepšeniu hodnotenia rizika poistného kmeňa zavedením nového parametra viacročných nákladov, stále bude mať VšZP podľa analýzy expertnej skupiny nárok na nadlimitnú kompenzáciu vo výške cca 14 mil. eur, o ktoré bude zrušením tohto prerozdeľovania ukrátená. Nie je zrejmé, aký cieľ sleduje zákonodarca návrhom vypustenia kompenzácie týchto vysokých nákladov voči VŠZP, pričom iné riešenie nie je navrhnuté. Pokiaľ by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho zo zákona vypúšťať. | **Z** | **N** | v rámci indexu rizika nákladov pri viacročných nákladových skupinách je zohľadnená výška nákladov za zdravotnú starostlivosť za poistenca |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely § 24 písm. c)** Navrhujeme vypustiť písmená „g), j), k), l)” a písmeno „ r)”. Odôvodnenie: Uvedené povinnosti sú v ustanovené v povinnostiach poistenca (§ 23), kedy poistenec je povinný oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre vznik alebo zánik povinnosti štátu platiť za neho poistné. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 10 §13 ods. 11** Navrhujeme vypustiť písmená b) a c) a písmeno d) označiť ako písmeno b) Odôvodnenie: Navrhujeme aby za osoby zaradené do programu ministerstva vnútra na podporu a ochranu obetí obchodovania s ľuďmi ako aj za osoby vyhlásené za nezvestné platil poistné štát. Ide o malú skupinu poistencov pričom ak by ostalo znenie uvedeného ustanovenia tak ako je navrhované znamenalo by to komplikovanú a náročnú úpravu informačného systému ( napr. v oblasti poistných vzťahov, ročného zúčtovania), čo sa pri nízkej početnosti týchto prípadov javí ako neefektívne a neekonomické riešenie. Navyše by takáto navrhovaná úprava znamenala, že za tieto dve skupiny poistencov by neplatil preddavky / poistné žiadny platiteľ, čo by bolo v rozpore s princípmi povinného verejného zdravotného poistenia. V prípade, ak uvedená pripomienka nebude akceptovaná navrhujeme upraviť v §29b zákona č. 580/2004 Z. z., kto a akým spôsobom bude oznamovať nezvestnosť osoby zdravotnej poisťovni. Je potrebné uviesť, že bez tejto informácie nebudú môcť zdravotné poisťovne ustanovenie § 13 ods.11 plne realizovať v praxi. | **Z** | **N** | O takomto poistencovi sa dozvedá zdravotná poisťovňa ex-post, takže uplatnenie platby od štátu by bolo značne komplikované.  Zároveň je veľmi nepravdepodobné čerpanie zdravotnej starostlivosti v tomto období, preto sa javí ako účelnejšie neuplatňovanie minimálneho základu. |
| **VšZP** | **Príloha č. 5 Vyhlášky MZ SR, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv** Navrhujeme vypustiť riadok „ Atď“. Odôvodnenie: Rozsah plánovanej zdravotnej starostlivosti je potrebné taxatívne vymedziť. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 9, § 6aa, ods. 9** Navrhujeme vypustiť slová „, diagnosticko-terapeutických skupín alebo diagnóz“. Odôvodnenie: Uvedenie diagnosticko-terapeutických skupín alebo diagnóz nie je relevantné pre potreby zoznamu, pričom u vybraných jednotlivcov môže ísť o citlivú informáciu nevhodnú na zverejnenie na webovom sídle. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 16 § 17a ods. 6** Navrhujeme vypustiť slová „a relevantné doklady týkajúce sa uplatnenej pohľadávky“. Odôvodnenie: Pojem „relevantné doklady“ by v praxi spôsoboval aplikačné problémy. V § 77a zákona č. 581/2004 Z. z. je upravené, že ak chce UDZS doplniť doterajšie konanie o iné doklady ako sú doklady podľa §29b zákona č. 580/2004 Z. z. vyzve zdravotnú poisťovňu alebo poistenca o ich predloženie. V stanovisku zdravotná poisťovňa uvedie právne skutočnosti, z ktorých vychádzala a bude hospodárne, ak si úrad vyžiada iba to, čo bude pre rozhodnutie v danom prípade považovať za potrebné. Súčasná prax, kedy pri nevyhovení námietke platiteľa sa UDZS odstúpila podaná námietka spolu s vyjadrením a prípadnými dokladmi priloženými k námietke, bola vyhovujúca a nespôsobovala žiadne aplikačné problémy. V prípade nevyhovenia návrhu žiadame definovať pojem „relevantné doklady“. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 60 § 77a ods. 3** Navrhujeme vypustiť slová „alebo proti nesúhlasnému stanovisku“. Odôvodnenie: Pri preplatkoch ročného zúčtovania navrhujeme ponechať doterajšiu právnu úpravu kedy o nesúhlasnom stanovisku vždy rozhodne zdravotná poisťovňa a len v prípade že má byť preplatok v inej výške vydá zdravotné poisťovňa nové oznámenie o výsledku ročného zúčtovania. V prípade ak by sa aj pri oznámení uplatnil princíp následného rozhodovania UDZS o tomto podanom nesúhlasnom stanovisku (v prípade ak by nesúhlasnému stanovisku nevyhovela zdravotná poisťovňa) výrazne by sa zmenil celý proces, a táto zmena by si vyžiadala aj rozsiahle technické úpravy IS tak na strane zdravotných poisťovní ako aj na strane UDZS. Zároveň by mohlo dochádzať v prípade rozhodovania UDZS o nesúhlasnom stanovisku v prípade oznámení aj k výraznému predĺženiu lehoty na vrátenie preplatku z ročného zúčtovania (čo by mohlo vyvolať negatívne reakcie zo strany poistencov). V prípade ponechania doterajšej úpravy má poistenec zachované právo na prípadné preskúmanie postupu zdravotnej poisťovne zo strany UDZS alebo prostredníctvom súdu – túto skutočnosť zohľadňuje práve navrhovaný Čl. IV bod 24 predloženého návrhu Uvedený bod novely nekorešponduje s ostatnými úpravami navrhovanými v §19 zákona č. 580/2004 Z. z.. Podľa § 19 ods. 13 zákona č. 580/2004 Z. z. vždy o nesúhlasnom stanovisku rozhoduje zdravotná poisťovňa, ktorá mu buď vyhovie a vydá nové oznámenie alebo nesúhlasné stanovisko zamietne, pričom § 19 vôbec neupravuje možnosť postúpiť nesúhlasné stanovisko na UDZS. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I nad rámec novely § 20 ods. 1 písm. e) bod 1.** Navrhujeme vypustiť slová „alebo s označením „P“ podľa osobitného predpisu, 11a)“ . Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV nariadenia EP a Rady č.883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je pre poistenca obmedzujúce, administratívne komplikované a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. Vydávanie samostatného typu preukazu P je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 60 § 77a ods. 4** Navrhujeme vypustiť slová „oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poistného, nesúhlasné stanovisko,“. Odôvodnenie: Pri preplatkoch ročného zúčtovania navrhujeme ponechať doterajšiu právnu úpravu kedy o nesúhlasnom stanovisku vždy rozhodne zdravotná poisťovňa a len v prípade že má byť preplatok v inej výške vydá zdravotné poisťovňa nové oznámenie o výsledku ročného zúčtovania. V prípade ak by sa aj pri oznámení uplatnil princíp následného rozhodovania UDZS o tomto podanom nesúhlasnom stanovisku (v prípade ak by nesúhlasnému stanovisku nevyhovela zdravotná poisťovňa) výrazne by sa zmenil celý proces, a táto zmena by si vyžiadala aj rozsiahle technické úpravy IS tak na strane zdravotných poisťovní ako aj na strane UDZS. Zároveň by mohlo dochádzať v prípade rozhodovania UDZS o nesúhlasnom stanovisku v prípade oznámení aj k výraznému predĺženiu lehoty na vrátenie preplatku z ročného zúčtovania (čo by mohlo vyvolať negatívne reakcie zo strany poistencov). V prípade ponechania doterajšej úpravy má poistenec zachované právo na prípadné preskúmanie postupu zdravotnej poisťovne zo strany UDZS alebo prostredníctvom súdu – túto skutočnosť zohľadňuje práve navrhovaný Čl. IV bod 24 predloženého návrhu Uvedený bod novely nekorešponduje s ostatnými úpravami navrhovanými v §19 zákona č. 580/2004 Z. z.. Podľa § 19 ods. 13 zákona č. 580/2004 Z. z. vždy o nesúhlasnom stanovisku rozhoduje zdravotná poisťovňa, ktorá mu buď vyhovie a vydá nové oznámenie alebo nesúhlasné stanovisko zamietne, pričom § 19 vôbec neupravuje možnosť postúpiť nesúhlasné stanovisko na UDZS. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 62 § 85g ods. 12** Navrhujeme vypustiť slová „podľa § 8 ods. 17“. Navrhujeme do odkazu pod čiarou 98e) doplniť aj zákon č. 374/2014 Z. z. o pohľadávkach štátu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 374/2014 Z. z.“). Odôvodnenie: Legislatívno-technická úprava, ustanovenie § 8 ods.17 neexistuje. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I nad rámec novely § 15 ods. 1 písm. w)** Navrhujeme vypustiť slová: „alebo s označením „P“ podľa osobitného predpisu,11a)“. Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV nariadenia EP a Rady č.883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je pre poistenca obmedzujúce, administratívne komplikované a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. Vydávanie samostatného typu preukazu P je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely § 10a ods. 2 písm. h)** Navrhujeme vypustiť slová: „alebo označenie preukazu „P“ pre dôchodcov poistených v Slovenskej republike s bydliskom v inom členskom štáte, ktorí majú v Slovenskej republike nárok na potrebnú zdravotnú starostlivosť“. Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV nariadenia EP a Rady č.883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je pre poistenca obmedzujúce, administratívne komplikované a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. Vydávanie samostatného typu preukazu P je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 9 § 6aa ods. 19** Navrhujeme vypustiť, alebo alternatívne navrhujeme v prvej vete slová „v celkovej výške“ nahradiť slovami „v cene obvyklej na území Slovenskej republiky“. Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa nevie ovplyvniť lehoty a termíny plánovanej zdravotnej starostlivosti. Ak si poistenec podá žiadosť o úhradu liečby v cudzine s poukazom na ustanovenie § 9b ods. 10 písm. a) zdravotná poisťovňa po splnení ďalších kritérií ju schváli. Vyžaduje sa však aj aktívny prístup poistenca vo vzťahu k liečbe jeho ochorenia. V prípade, ak by poisťovňa uhrádzala náklady „v celkovej výške“ náklady za takúto starostlivosť budú zvýšené rádovo v násobkoch cien obvyklých na území SR, pričom tam môžu byť zahrnuté aj „nadštandardné výkony“, ktoré nie sú hradené z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Ceny na plánovanú zdravotnú starostlivosť ako aj vytvárané rezervy sú určované v cene obvyklej na území SR. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **VšZP** | **Čl. I bod 9 § 6aa ods. 16** Navrhujeme vypustiť, alebo alternatívne navrhujeme za slovo „uhradiť“ vložiť slovo „poskytnutú“. Odôvodnenie: V súčasnom znení by zdravotná poisťovňa bola povinná uhradiť poskytovateľovi plánovanú zdravotnú starostlivosť po 12 mesiacoch od zaradenia poistenca do zoznamu bez ohľadu na to, či bola alebo nebola poskytnutá. Zdravotná poisťovňa vytvára na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti technické rezervy a liečbu prepláca vo vykázanej dávke v pravidelných intervaloch. Nie je zrejmé, prečo by mala uhrádzať výkon ešte pred jeho možným poskytnutím, keďže v predkladanom návrhu je úhrada viazaná nie na poskytnutie zdravotnej starostlivosti ale na termín zaradenia do zoznamu. | **O** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |
| **VšZP** | **Graf priložený k Vyhláške MZ SR, ktorou sa ustanovujú skupiny viacročných nákladových skupín a podmienky pre zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny** Navrhujeme vypustiť, alebo pripojiť ku grafu slovenský popis. Odôvodnenie: V § 1 sú dostatočne definované podmienky pre zaradenie poistenca. V prípade, že graf bude vo vyhláške uvedený, je potrebné urobiť jeho slovenský popis. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 31 § 24 písm. n)** Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Navrhujeme ponechať §24 písm. n) v platnom znení v nadväznosti na pripomienku k §24 písm. p) | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 32 § 24 písm. p)** Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: V mesačných výkazoch sa nevykazujú zmeny platiteľa poistného, taktiež lehoty na opravy tak ako sú navrhované umožnia rôznu interpretáciou predmetného ustanovenia. Podľa dôvodovej správy sa opravy v mesačných výkazoch vykonávajú iba do uzatvorenia príslušného zdaňovacieho obdobia – z ustanovenia tak ako je naformulované však vyššie uvedené nevyplýva, a zároveň je potrebné uviesť, že nie je možné limitovať zdravotnú poisťovňu dokedy môže vyžadovať opravy v mesačných výkazoch alebo v oznámeniach nakoľko tým by bola zmarená kontrolná činnosť zdravotnej poisťovne (tú je možné vykonať kedykoľvek a bez predchádzajúceho upovedomenia platiteľa) samotná skutočnosť, že bolo uzatvorené zdaňovacie obdobie na uvedené nemôže mať žiadny vplyv. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 22 § 18 ods.1 písmeno a) štvrtý bod** Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: V zmysle aktuálne platného znenia § 19 ods. 13 zákona č. 580/2004 Z. z. ako aj jeho doplnenia v Čl. IV bod 24 predloženého návrhu novely vždy posudzuje nesúhlasné stanovisko voči výsledku ročného zúčtovania ktorým je preplatok zdravotná poisťovňa. Uvedený bod nekorešponduje s ostatnými úpravami navrhovanými v §19 zákona č. 580/2004 Z. z. Pri preplatkoch ročného zúčtovania navrhujeme ponechať doterajšiu právnu úpravu kedy o nesúhlasnom stanovisku vždy rozhodne zdravotná poisťovňa a len v prípade že má byť preplatok v inej výške vydá zdravotná poisťovňa nové oznámenie o výsledku ročného zúčtovania. V prípade ak by sa aj pri oznámení uplatnil princíp následného rozhodovania UDZS o tomto podanom nesúhlasnom stanovisku ( v prípade ak by nesúhlasnému stanovisku nevyhovela zdravotná poisťovňa) výrazne by sa zmenil celý proces, a táto zmena by si vyžiadala aj rozsiahle technické úpravy IS tak na strane zdravotných poisťovní ako aj na strane UDZS. Zároveň by mohlo dochádzať v prípade rozhodovania UDZS o nesúhlasnom stanovisku v prípade oznámení aj k výraznému predĺženiu lehoty na vrátenie preplatku z ročného zúčtovania (čo by mohlo vyvolať negatívne reakcie zo strany poistencov). V prípade ponechania doterajšej úpravy bude mať poistenec zachované právo na prípadné preskúmanie postupu zdravotnej poisťovne zo strany UDZS alebo prostredníctvom súdu – túto skutočnosť zohľadňuje práve navrhovaný Čl. IV bod 24 predloženého návrhu. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 25 § 19 ods. 14** Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie Uvedené úprava je nadbytočná a mohla by v praxi vyvolať aplikačné problémy pri ročnom zúčtovaní. V prípade zamestnanca a zamestnávateľa vystupujú do ročného zúčtovania preddavky vykázané zamestnávateľom na mesačných výkazoch a teda nezúčtovávame uhradené preddavky. V prípade, ak zamestnávateľ vykázal ale neuhradil preddavky za zamestnanca tieto neuhradené preddavky sú na účte zamestnávateľa. Navrhované znenie predmetného ustanovenia , bude spôsobovať aj komplikovanú technickú realizáciu v praxi. Zároveň uvádzame, že táto situácia môže vzniknúť nielen pri nedoplatku z ročného zúčtovania ale aj pri preplatku (a to vtedy ak sa zúčtovávajú viaceré druhy príjmov u jedného poistenca a tým, že napr. zo zamestnania vznikne nedoplatok a zo živnosti preplatok – kedy však celkovým výsledkom ročného zúčtovania bude preplatok) pričom tieto prípady navrhovaná zmena nezohľadňuje. V prípade, ak uvedená pripomienka nebude akceptovaná navrhujeme v druhej vete slová „odvolaní“ nahradiť slovom „ námietkach“. | **O** | **N** | Neuhradené poistné z dôvodu nevyplatenia plnenia zo strany zamestnávateľa nemôže byť pohľadávkou voči zamestnancovi, nakoľko v súlade s § 13 ods. 1 zákona vymeriavacím základom zamestnanca je plnenie poskytnuté zamestnávateľom zamestnancovi.  Zdravotná poisťovňa ako autonómny subjekt pri predpisovaní a uplatňovaní pohľadávok musí byť schopná posúdiť relevantnosť predkladaných dokladov a podľa nich rozhodnúť.  Slovo „odvolanie“ nahradené slovom „námietky“. |
| **VšZP** | **Čl. I nad rámec novely § 6 ods. 1 písm. b) bod 3.** Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV nariadenia EP a Rady č.883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je pre poistenca obmedzujúce a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte Vydávanie samostatného typu preukazu P je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 21 § 17c ods. 6** Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Dôvody uvádzané v § 17c ods.2 a 3 nespôsobujú zánik práva. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely § 38en** Navrhujeme za ods. 1 vložiť nový ods.2, ktorý znie: „(2) Konania podľa §17a právoplatne neukončené do 28.februára 2019 sa dokončia podľa toho zákona v znení účinnom od 1.marca 2019.“ Navrhované odseky 2 a 3 sa prečíslujú na ods. 3 a 4. Odôvodnenie: Navrhované zmeny menia proces vydávania výkazov nedoplatkov, ktorý si vyžiada technickú úpravu IS zdravotnej poisťovne a úpravu formulárov v zmysle zákona č. 305/2013 Z. z. o eGovernmente čo je zdĺhavý proces, vzhľadom na skutočnosť, že v súčasnosti prebiehajú procesy ročného zúčtovania nie je možné realizovať tieto technické zmeny a preto považujeme za vhodné posunúť účinnosť týchto zmien. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV bod 54 § 28a odsek 6 písm. a)** Navrhujeme za slová “rodné číslo poistenca” doplniť slová „a BIČ (Bezvýznamové identifikačné číslo poistenca)”. Odôvodnenie: Zjednodušenie procesných úkonov pre zdravotnú poisťovňu a efektívne dohľadanie poistenca podľa tohto identifikátora. Uvedené platí pri duplicitne a multiplicitne nájdených poistencoch (napríklad s rovnakým menom a priezviskom). | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I nad rámec novely § 33 ods. 5 písmeno c)** Navrhujeme za slová „v oblasti práva a“ vložiť slová „s výnimkou člena dozornej rady zdravotnej poisťovne za zamestnancov,“. Odôvodnenie: Dozorná rada zdravotnej poisťovne je kontrolný orgán, z uvedeného dôvodu sa požiadavka na riadiace skúsenosti javí ako nadbytočná. Osobitne pri kandidátoch do dozornej rady, z ktorých sú volení členovia dozornej rady za zamestnancov, je takéto ustanovenie až diskriminačné, nakoľko je výber kandidátov veľmi obmedzený. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely § 17a ods. 8** Navrhujeme za slová „výkaz nedoplatkov“ doplniť slová „ do troch rokov odo dňa právoplatnosti“. Odôvodnenie: Navrhujeme upraviť možnosť zrušenia výkazu nedoplatkov len do troch rokov odo dňa právoplatnosti výkazu nedoplatkov. Ide o zosúladenie s prípadmi, kedy aj UDZS povolí obnovu konania len do troch rokov odo dňa právoplatnosti vydaného rozhodnutia zo strany UDZS. | **O** | **N** | Ide o rozhodnutie zdravotnej poisťovne, ktoré sa nám nejaví účelné obmedzovať v čase |
| **VšZP** | **Čl. I bod 9 § 6aa ods. 8 písm. a)** Navrhujeme za slovami „kód plánovaného zdravotného výkonu“ odstrániť čiarku. Odôvodnenie: Gramatická oprava, je potrebné odstrániť duplicitne uvedenú čiarku. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. V** Navrhujeme za slovo „okrem“ vložiť slová „ čl. I bodu 60, čl. IV bodov 13, 14,16,17 a 18, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. marca 2019 a“. Odôvodnenie: Navrhované zmeny menia proces vydávania výkazov nedoplatkov, ktorý si vyžiada technickú úpravu IS zdravotnej poisťovne a úpravu formulárov v zmysle zákona č. 305/2013 Z. z. o eGovernmente čo je zdĺhavý proces, vzhľadom na skutočnosť, že v súčasnosti prebiehajú procesy ročného zúčtovania nie je možné realizovať tieto technické zmeny a preto považujeme za vhodné posunúť účinnosť týchto zmien. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely bod 6 § 9 ods. 2 písm. b)** Navrhujeme za slovo „splátok” vložiť odvolávku „15aaa)“. Odvolávka pod čiarou 15aaa) znie: „15aaa) § 61g a § 56 ods. 10 Zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok) a o zmene a doplnení ďalších zákonov v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: Nejednoznačné určenie pojmu splátok vyvoláva v praxi aplikačné problémy. Napr. Touto úvahou by sme postupne dospeli k záveru, že nárok na úhradu plnej zdravotnej starostlivosti v zmysle § 9 ods. 2 písm. b) zákona o zdravotnom poistení majú takmer všetci poistenci, voči ktorým sa vedie exekučné konanie, ak sa vymáhaná pohľadávka akýmkoľvek spôsobom pravidelne znižuje a skutočnosť, že im exekútor exekvuje majetok na úhradu vymáhanej pohľadávky poistenci oznámia VšZP. | **O** | **N** | nad rámec novely  cieľom platnej úpravy je, aby mala zdravotná poisťovňa nástroj na efektívne vymáhanie pohľadávok a ich znižovanie. Nejaví sa účelné obmedzovať formu splácania ďalšími podmienkami. |
| **VšZP** | **Čl. I bod 9 § 6aa ods. 20 písm. a)** Navrhujeme za slovo „starostlivosť“ doplniť slová „poskytnutú ku dňu účtovnej závierky“. Odôvodnenie: Bez väzby na poskytnutú zdravotnú starostlivosť je objem technických rezerv na úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá nebola ku dňu účtovnej závierky uhradená, prakticky nevyčísliteľný. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. IV nad rámec novely §17a ods. 8** Navrhujeme za slovo „upovedomí“ vložiť slová „poistenca alebo“. Odôvodnenie: Legislatívno- technická pripomienka nadväzujúca na úpravy v § 17a ods. 1, ods. 6 a ods. 7. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 14 § 15 ods. 1 písmeno e)** Navrhujeme za slovom „vynakladať“ vypustiť slovo „verejné“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická úprava. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Čl. I bod 63 § 86z ods. 1** Navrhujeme zmeniť text ods.1: “ (1)Konania podľa 77a právoplatne neukončené do 28.februára 2019 sa dokončia podľa doterajších predpisov.” Odôvodnenie: Navrhované zmeny menia proces vydávania výkazov nedoplatkov, ktorý si vyžiada technickú úpravu IS zdravotnej poisťovne a úpravu formulárov v zmysle zákona č. 305/2013 Z. z. o eGovernmente čo je zdĺhavý proces, vzhľadom na skutočnosť, že v súčasnosti prebiehajú procesy ročného zúčtovania nie je možné realizovať tieto technické zmeny a preto považujeme za vhodné posunúť účinnosť týchto zmien. | **Z** | **A** |  |
| **VšZP** | **Nad rámec novely Vyhláška MZ SR č. 765.2004 Z. z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou** Navrhujeme zrušiť v prílohe položku 4 písmeno a). Odôvodnenie: Z dôvodu vypustenia povinnosti zdravotnej poisťovne podávať návrh na vydanie rozhodnutia o pohľadávke na poistnom je potrebné upraviť aj vyhlášku MZ SR č. 765/2004 Z. z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. | **O** | **A** |  |
| **VšZP** | **Príloha č. 1 Vyhlášky MZ SR, ktorou sa ustanovujú podrobnosti, vzor návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu a textový formát zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv** Tabuľka v uvedenom znení je nepresná. Odôvodnenie: Nie je zrozumiteľné čo sa myslí „zoznam poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocniciach“. | **O** | **A** |  |
| **ÚVO** | Odoslané bez pripomienok |  |  |  |
| **ÚJDSR** | Odoslané bez pripomienok |  |  |  |
| **ÚNMSSR** | Odoslané bez pripomienok |  |  |  |
| **MPRVSR** | Odoslané bez pripomienok |  |  |  |
| **NBÚSR** | Odoslané bez pripomienok |  |  |  |
| **ŠÚSR** | Odoslané bez pripomienok |  |  |  |
| **VšZP** | v bode 36, v § 20ca, ods. 6 a ods. 7 sa pri osvedčovaní zhody vyžaduje 97-percentná zhoda s výstupným súborom centra pre klasifikačný systém. V oboch prípadoch navrhujeme zmeniť text "s výstupným súborom centra pre klasifikačný systém" za "s definičnou príručkou podľa § 20b ods. 3 písm. a)".  Odôvodnenie:  počítačový program by mal zaraďovať prípady v zhode s oficiálnymi podkladmi popisujúcimi klasifikačný systém, voči ktorému si má možnosť overiť správnosť každý užívateľ klasifikačného systému. Zhoda s nepublikovaným "výstupným súborom centra" nemôže mať v sporných prípadoch prednosť pred oficiálnou dokumentáciou systému. Centrum samozrejme môže vykonávať overovanie zhody s pomocou porovnania zhody s výstupným súborom vlastného programového vybavenia, v prípade sporov by však mala mať prednosť definičná príručka. | **O** | **A** | Podmienka spracovania hospitalizačných prípadov v súlade s platnou definičnou príručkou je uvedená v Podrobnostiach k procesu osvedčovania zhody počítačového programu. Okrem definičnej príručky je pri zaraďovaní nevyhnutné zohľadniť aj dokument Hospitalizačný prípad a parametre definujúce prípadový paušál v systéme úhrad podľa SK-DRG. |
| **VšZP** | v bode 36, v § 20ca, ods. 7: navrhujeme zmeniť text v prvej vete "do 30 pracovných dní od splnenia požiadavky na osvedčenie zhody podľa podrobností o osvedčovaní zhody zverejnených centrom pre klasifikačný systém podľa § 20b ods. 4 písm. d)" na "do 30 pracovných dní od prijatia úplnej žiadosti podľa odseku 1. V prípade, ak centrum vyzve žiadateľa na doplnenie žiadosti podľa odseku 3, čas medzi výzvou a doplnením žiadosti sa do tejto lehoty nezapočítava."  Odôvodnenie:  od zverejnenia definičnej príručky 30.9. do začiatku platnosti 1.1. nasledujúceho roka je limitovaný. Aby si zdravotná poisťovňa vedela včas zabezpečiť aktualizáciu počítačového systému, potrebuje čas na jeho úpravu, ako aj garantovaný čas odpovede Centra po podaní žiadosti. Lehota na vydanie osvedčenia sa preto nemôže počítať až odo dňa, kedy Centrum overí splnenie požiadaviek na zhodu, ale lehota má zaručiť vybavenie žiadosti Centrom od jej podania, nie až od ukončenia overovania zhody Centrom. | **O** |  |  |
| **Union ZP** | Namietame opodstatnenosť tvoriť rezervy na plánovanú zdravotnú starostlivosť z nasledovných dôvodov:   1. Nesúlad s medzinárodnými účtovnými štandardami 2. Nadmerné viazanie prostriedkov zdravotnej poisťovne vo forme rezerv   **1.Nesúlad s medzinárodnými účtovnými štandardami**  Medzinárodný účtovný štandard IAS 37 pojednávajúci o rezervách definuje nasledovné:  *Rezerva* je záväzok s neurčitým časovým vymedzením alebo výškou.  *Záväzok* je súčasná povinnosť účtovnej jednotky vznikajúca z minulých udalostí, ktorej vysporiadaním sa očakáva úbytok zdrojov účtovnej jednotky stelesňujúcich ekonomické úžitky.  *Zaväzujúca udalosť* je udalosť, ktorou sa vytvára zákonná alebo mimozmluvná povinnosť, ktorá vedie k tomu, že účtovná jednotka nemá inú reálnu alternatívu než vysporiadať danú povinnosť.  Rezerva sa vykazuje, ak:  a) účtovná jednotka má súčasnú povinnosť (zmluvnú alebo mimozmluvnú) ako výsledok minulej udalosti;  b) je pravdepodobné, že na vysporiadanie povinnosti bude potrebný úbytok zdrojov stelesňujúcich ekonomické úžitky, a  c) možno urobiť spoľahlivý odhad výšky záväzku.  Minulá udalosť, ktorá vedie k súčasnej povinnosti, sa nazýva zaväzujúca udalosť. Aby bola udalosť zaväzujúcou udalosťou, je nevyhnutné, aby účtovná jednotka nemala inú reálnu možnosť než vysporiadať povinnosť vytvorenú danou udalosťou. Deje sa tak len vtedy:  a) ak vysporiadanie povinnosti možno vynútiť zákonom, alebo  b) v prípade mimozmluvnej povinnosti, ak sa udalosťou (ktorá môže byť opatrením účtovnej jednotky) vytvárajú platné očakávania u ostatných strán, že si účtovná jednotka splní povinnosť.    Otázka je:  Čo môže byť v prípade plánovanej zdravotnej starostlivosti minulá udalosť, ktorá spôsobuje súčasnú povinnosť?  A čo je vlastne tá súčasná povinnosť.?    Tvrdíme, že povinnosť zdravotnej poisťovne uhradiť zdravotnú starostlivosť vzniká až po poskytnutí zdravotnej starostlivosti a jej vykázaní poisťovni. T.j. v čase schválenia ešte poisťovni povinnosť úhrady nevznikla. Tiež tvrdíme, že nenastala žiadna zaväzujúca udalosť, na základe ktorej by poisťovňa nemala inú možnosť, len ju vysporiadať. V čase zaevidovania plánovanej zdravotnej starostlivosti nie je vôbec isté, že uvedená zdravotná starostlivosť sa naozaj zrealizuje.    **2.    Nadmerné viazanie prostriedkov zdravotnej poisťovne vo forme rezerv**    Zdravotné poisťovne podliehajú každoročnému auditu, v rámci ktorého sa testuje dostatočnosť rezerv.  T.j. či je výška rezerv dostatočná na to, aby pokryla všetky nevysporiadané udalosti vzniknuté do času účtovnej závierky. Ak sú rezervy príliš vysoké, je potrebné ich znížiť, aby údaje v účtovnej závierke verne zachytávali reálny stav. Aktuálne rezervy na plánovanú zdravotnú starostlivosť neskresľujú realitu výrazne, keďže zachytávajú len vybraný okruh prípadov. V prípade výrazného rozšírenia týchto prípadov (ako je navrhované) by už výška rezerv na plánovanú zdravotnú starostlivosť bola oveľa vyššia . V rámci testu dostatočnosti by výsledkom bolo odporučenie znížiť rezervy. Ak by to nebolo možné, spôsobilo by to stav, keď bude poisťovňa nútená udržiavať zbytočne vysoké rezervy. Za účelom zabezpečenia dostatočnej miery rezerv je vhodnejšie upraviť kritériá pre solventnosť. | **Z** | **A** | Bezpredmetné, ustanovenia sa vypúšťajú.  Na rokovaní dňa 3.9.2018 sa dohodlo so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní, poslancov Národnej rady SR, že v návrh zákona bude obsahovať iba také ustanovenia, na ktorých sa dohodli všetky zúčastnené strany.  Vzhľadom na to, že nie je zhoda na ustanoveniach o čakacích zoznamoch, tieto sa kompletne z návrhu zákona vypúšťajú. |

|  |
| --- |
| Vysvetlivky k použitým skratkám v tabuľke: |
| O – obyčajná |
| Z – zásadná |